Rok XXX. Kraków, 10 Stycznia 1891. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

†

Dr. Wiktor Feliks Szokalski

Dr. uniwersytetów w Giessen, Paryżu i Warszawie, honorowy uniwersytetu Jagiellońskiego, b. profesor fizyjologii, oftalmologii i otyjatryi w Warszawie, b. naczelny lekarz instytutu oftalmicznego w Warszawie, członek Akademii Umiejętności w Krakowie, członek honorowy licznych Towarzystw naukowych we Francyi, Belgii, Holandyi, w Niemczech, we Węgrzech, Czechach, oraz wszystkich krajowych, sekretarz stały Tow. lek. warszawskiego, ozdobiony złotym krzyżem *virtuti militari* itd. itd.

urodzony w Warszawie d. 13 grudnia 1811 r., umarł tamże d. 6 stycznia 1891 r.

Rok rozpoczynający się ciężką okrył nas żałobą; ubył bowiem z szeregów naszych Mąż, który pomimo piętrzących się trudności pracowitem swojem życiem przyświecał kilku pokoleniom lekarzy i przyrodników naszych, który przez długi szereg lat zmuszony żyć na obczyźnie i pracować w językach obcych, pozyskał sławę uczonego u narodów kroczących na czele cywilizacyi, a powróciwszy do kraju sercem i duszą oddał się na usługi rodaków. Byłto człowiek niezwykłéj miary: syn zacnych rodziców kształcił się w liceum warszawskiem, gdzie kolegował z Zygmuntem Krasińskim, a następnie w uniwersytecie aleksandrowskim, zkąd po r. 1831 przenieść się musiał do Niemiec a późniéj do Francyi; pozostawał pod wpływem ówczesnego kierunku filozoficzno-przyrodniczego, co jak z jednéj strony stało się podstawą rozległego jego wykształcenia ogólnego, tak z drugiéj nie przeszkadzało mu w ścisłem uprawianiu fizyjologii oraz innych gałęzi lekarskich; to też jak we Francyi i Niemczech znany był zaszczytnie jako fizyjolog, tak w kraju zasłynął jako okulista i znakomitem, obszernem swem dziełem o chorobach ocznych zasłużył sobie na imię Nestora okulistów polskich. Nader liczne jego prace naukowe, ogłaszane przeważnie w językach: niemieckim, francuskim i polskim, nie ograniczają się atoli do fizyjologii i okulistyki, lecz obejmują wszystkie prawie dziedziny nauk lekarskich, jak chirurgiję, medycynę wewnętrzną, pedyjatryję, otyjatryję, patologiję, higijenę publiczną i prywatną, policyję lekarską, mikroskopiję, medycynę sądową itd. Najbardziéj z dzieł jego znane są: obok wykładu chorób przyrządu wzrokowego w 2 tomach, dzieło o fantazyjnych objawach zmysłowych w 2 tomach, rzecz o Jędrzeju Śniadeckim i Witellionie, wreszcie dzieło o początku i rozwoju umysłowości w przyrodzie.

Pozostawiając umiejętne ocenienie zasług Szokalskiego późniejszemu czasowi i jednemu z bardziéj powołanych kolegów, poprzestajemy na teraz na oddaniu głębokiego hołdu pamięci Męża, który był rzeczywistą chlubą naszą, a którego pamięć śród nas nigdy nie zagaśnie i zawsze przyświecać będzie późniejszym pokoleniom jako wzór i zachęta do należytego wykonywania obowiązków w obec narodu i ludzkości, choćby śród warunków najniekorzystniejszych.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

Kilka uwag tymczasowych o sposobie, w jaki zdrowi i podejrzani o gruźlicę płuc oddziaływają na środek Kocha

przez

proff. Korczyńskiego i Adamkiewicza.

Rozglądając się pilnie w artykułach, które od 13 listopada 1890 r., t. j. od dnia pierwszego szczegółowego doniesienia Kocha o działaniu jego srodka (*Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose. D. m. Wochschrft.* 46. a) coraz obficiéj w czasopismach lekarskich się pojawiają i na podstawie spostrzeżeń, które pierwszy z nas miał sposobność czynić dzięki uprzejmości prof. Dra Rydygiera w jego klinice począwszy od dnia 20 Listopada 1890 roku tak na chorych dotkniętych gruźlicą chirurgiczną, któréj niekiedy towarzyszyła gruźlica płuc, jakoteż na chorych z gruźlicą płuc, których prof. Rydygier był łaskaw oddać wyłącznéj obserwacyi pierwszego z nas; przyszliśmy do przekonania, że chcąc zrozumieć działanie środka Kocha w stanach chorobowych, osobliwie w gruźlicy płuc, trzeba przedewszystkiem starać się poznać bliżéj jego działanie fizyjologiczne, t. j. wpływ na ludzi zdrowych, gruźlicą nie dotkniętych.

W téj mysli szczepianką otrzymaną z Berlina przez drugiego z nas rozpoczęliśmy w klinice lekarskiéj krak. w dniu 24 grudnia 1890 r. szereg doświadczeń, z których niniejszem zdajemy tymczasową sprawę.

Ażeby módz obserwować dokładnie i szczegółowo wszystkie zmiany, jakie pod wpływem tego środka powstają, ograniczyliśmy się naumyślnie do jak najmniejszéj liczby osobników. Dopiero po kilkodniowéj a niekiedy i znacznie dłuższéj obserwacyi jak najściślejszéj przystępowaliśmy do doświadczeń.

Ciepłota i tętno oznaczane były dzień i noc co 2 godziny (z przerwą jedyną między godz. 12 w nocy a 4 rano, wskazaną względami na spokój chorych), dwa razy dziennie t. j. między 8—10 rano i między 4—6 godz. pop., badano użytych do doświadczeń jak najszczegółowiéj i spisywano jak najdokładniejszy *status praesens*, najczęściéj w obec lekarzy, którzy przychodzili jako goście. Badani dzień i noc zostawali pod ciągłą obserwacyją pp. asystentów, a wydzieliny i wydaliny badane były codziennie jaknajdokładniéj. — W ogóle zachowano wszystkie środki ostrożności i ścisłości. W pracy téj wielce pomocni byli pp. asystenci kliniczni: Drowie Surzycki, Buzdygan i Rosenzweig i pp. koasystenci sł. med.: Baurowicz, Brudzewski, Heim, Jarocki, Jeż, Karowski i Piotrowski, za co im niniejszem wyraża się uznanie i podziękowanie.

Wyniki dotychczas otrzymane ograniczamy na razie do następujących szczegółów:

I. U osobników, u których stanowczo wykluczyć należy wszelkie zboczenia w płucach powstać mogą zmiany już po małych dawkach szczepianki. Zmiany te tylko bardzo skrupulatną obserwacyją i bardzo dokładnem badaniem dają się stwierdzić.

Już b. małe dawki mogą wywołać powiększenie się śledziony, jak to zauważono u chorego Georgeca, z przewlekłem zap. stawów trypronem mniejszego stopnia, u którego przed wstrzykiwaniem stłumienie śledziony sięgało od górnego brzegu 10 do dolnego brzegu 11-go żebra. Po dawkach 0·001 i 0·002 rozmiary śledziony nie uległy zmianie, zaś po dawce 0·003 stłumienie śledziony poczynało się na dolnym brzegu 8. żebra. — Powiększenie to śledziony powstać może bardzo prędko, np. u chorego Ablewicza z *scoliosis ischiadica* po pierwszem wstrzyknięciu (0·004) stłumienie śledziony, poprzednio w wymiarze podł. i poprz. 4 ctm. wynoszące, powiększyło się w 8 godzin do wymiarów: 6 ctm. w poprzek a 8 ctm. w podłuż.

Nawet małe dawki mogą nie pozostać bez wpływu na ciepłotę, liczbę oddechów i tętno. Pomijając, że u choréj Szydło z hysteryją ciepłota z max. 36·2 po inj. 0·001 podniosła się na max. 36·8, max. tętno z 72 na 84, u choréj Radzik max. ciepł. 37·0 C. po inj. drugiéj w ilości 0·004 podniosło się do 37·6, max. tętna z 72 do 84; przytoczyć należy, że u chorego Georgeca ciepłota 37·5, tętno 88, l. odd. 20, po injekcyi 0·003 wynosiły: ciepłota **39·3**, tętno 96, l. odd. 24, pomimo że chory ten najmniejszego podejrzenia na gruźlicę nie przedstawia.

Czy u chorych z nieżytem oskrzelowym po małych dawkach powiększyć się może ilość rzężeń, stwierdzą dalsze spostrzeżenia. Tu tylko dla dokładności nadmieniamy, że u choréj Radzik z *neuritis ischiadica et bronchitis* w częściach dolnych po dawce drugiéj 0·004 powiększyły się objawy nieżytu.

Nawet małe dawki (0·003 u chorego Georgeca) mogą wywołać *herpes labialis*, biegunkę i ból głowy.

Nawet przy użyciu małych dawek obniżyć się może ciężar ciała (u Radzikowéj po 3 injekcyjach, z których pierwsza wynosiła 0·002, druga 0·004, trzecia 0·008, ciężar ciała bez wyraźnéj reakcyi gorączkowéj z 63 klg. opadł na 61·200).

Większe dawki (0·020 do 0·040) wywołują zgodnie ze spostrzeżeniami pierwotnemi Kocha u ludzi gruźlicą nie dotkniętych reakcyję gorączkową (u choréj Szydło do 39·9, u chorego Georgeca do 40.6° C.), reakcyję ogólną w postaci dreszczów, bolu głowy, ogólnego znużenia, duszności, przyspieszenia tętna i liczby oddechów, uczucia ciężaru na piersiach, bolów w kończynach, bolesności w podżebrzach, pobudzania do kaszlu suchego, palenia w gardle, bezsenności, *erythema* na skórze, a u jednego chorego zauważano *herpes* na prąciu. Objawy gorączkowe trwać mogą do 42 godzin, poczem zaraz lub nazajutrz ciepłota i tętno opaść mogą poniżéj prawidłowych. Badani rychło wracają do dawnego zapasu sił i poczucia zdrowia.

Porównywając wpływ na tętno dawek wielkich u ludzi zdrowych z wpływem na tętno małych dawek u ludzi z gruźlicą płuc, odbiera się to wrażenie, że chorzy gruźliczy okazują stosunkowo większe przyspieszenie tętna aniżeli zdrowi i że u nich powiększenie się ilości tętna utrzymuje się znacznie dłużéj po małych dawkach niż u zdrowych po dawkach wielkich.

Obok tego przy użyciu tych dawek — nie przesądzając tak tu, jakoteż pod względem innych szczegółowo możliwego odmiennego zachowania się rzeczy w innych przypadkach — zauważano:

a) Powiększanie się śledziony, któréj brzeg dał się wymacać tam, gdzie poprzednio nie był macalny, lub stawał się łatwiéj wymacalny tam, gdzie poprzednio był macalny. Powiększenie się to było wyraźniejsze po dawkach większych, aniżeli po małych. Brzeg był zaokrąglony, dość zbity i nie bolesny. Powiększenie to po zaprzestaniu injekcyj rychło

maleje a śledziona po 2—4 dniach wraca do rozmiarów prawidłowych.

b) Powiększenie się wątroby we wszystkich rozmiarach, osobliwie ku stronie lewéj tak, że w 24—48 godzin po injekcyi wypuk ku str. lewéj sięgać może na 5—6 ctm. daléj aniżeli poprzednio. Temu towarzyszyć może ślad żółtaczki na białkówkach i bolesność prawego podżebrza. Powiększenie wątroby po zaprzestaniu dalszych wstrzykiwań utrzymuje się dłużéj znacznie, niż powiększenie śledziony (nawet 5—7 dni po zaprzestaniu wstrzykiwań).

c) Ciężar ciała podupada (u Szydłowéj opadła z 49500 na 47·300, u Georgeca z 77 na 75 kilo).

Dalsze spostrzeżenia wykazać mogą, czy przypisać należy jakie znaczenie reakcyjne zaostrzeniu się szmerów oddechowych i podmuchowi skurczowemu nad lewą komórką, które podczas gorączki zauważono u Radzikowéj.

Późniéj zastosowane mniejsze dawki (do 0·010) u tych samych indywiduów pozostawały bez skutku.

II. U osobników ze zagęszczeniem w szczytach płuc, ale bez prątków gruźliczych w plwocinach, bez gorączki i bez możności udowodnienia gruźlicy.

Takich chorych obserwowaliśmy dwóch. U obydwóch ani brak dziedziczności, ani wywiady, ani dotychczasowy przebieg nie przemawiał za gruźlicą, a codziennie powtarzane badania plwocin, tak przed injekcyjami jakoteż wśród i po takowych, tak sposobem Koch-Ehrlicha jakoteż Biederta dawały stałe wyniki ujemne.

U jednego z tych (Opaliński), który okazywał lekkie przytłumienie w szczycie pł. pr. z wdechem ostrzejszym, a wydechem silniejszym, wstrzykiwania dwurazowe 0·001 nie dały najmniejszego odczynu gorączkowego, a odczyn podmiotowy ograniczał się tylko do lekkiego bólu głowy, czemu jednak nie można przypisywać znaczenia, gdyż chory ten cierpi na hypochondryję znaczniejszego stopnia. Natomiast już przy tych dawkach powiększyła się śledziona i stała się macalną, ale co najważniejsza, już po pierwszéj dawce 0·001 pojawił się po str. pr. w okolicy kąta górnego wewnętrznego łopatki, w pasze u dołu i z przodu ponad stłumieniem wątroby, odgłos bębenkowy z szmerem wdechowym osłabionym i przerywanym. Objawy te po drugiéj dawce 0·001 zmniejszyły się, natomiast wystąpił bardzo wyraźny odgłos bębenkowy na przednim wewnętrznym brzegu płuca prawego z oddechem również w tem miejscu osłabionym. Rzężeń żadnych.

Dnia trzeciego zastosowana odrazu wielka dawka 0·020 nie wywołała żadnego odczynu ani gorączkowego, ani podmiotowego, za to śledziona powiększyła się jeszcze bardziéj, stała się zbita, ale bezbolesna, dokładniéj macalna, a odgłos bębenkowy na przednim wewn. brzegu pł. pr. stał się wyraźniejszy, szmery oddechowe w prawym płucu ostrzejsze, tylko na brzegu przednim wewn. słabsze, tamże furczenia, których poprzednio wcale nie było.

Przy zastosowaniu późniejszem codziennie dawek naumyślnie małych od 0·004—0·010, które żadnego odczynu ani gorączkowego, ani ogólnego nie wywołały, śledziona zwolna maleje, odgłos bębenkowy w innych miejscach płuca prawego znika, natomiast powiększa się w górnéj części wewnętrznego brzegu pł. prawego, a na całéj przybrzeżnéj części płuca pr. od przodu znajdują się bardzo wyraźne gwizdy i furczenia.

Ciężar ciała przed wstrzykiwaniami 53 kilgm. wynoszący, na drugi dzień po injekcyi 0·020 zmniejszył się do 52, ażeby przy następnych mniejszych injekcyjach podnieść się napowrót do 53 kil.

Jak przypadek ten tłumaczyć należy, dalszy przebieg okaże. Gdybyśmy się trzymali twierdzenia Kocha, to brak reakcyi gorączkowéj po 0·020 nakazywałby uważać chorego tego jako wolnego od gruźlicy, gdybyśmy jednak wzięli na uwagę reakcyję miejscową w płucach, na co pierwszy z nas, jako na stały objaw u chorych z gruźlicą płuc oprócz obrzmienia śledziony zwrócił uwagę na posiedzeniu Tow. lek. krak. jeszcze w d. 3 grudnia 1890, a więc prawie równocześnie z pierwszemi dokładniejszemi badaniami Noordena (*D. m. W.*, Nr. 49 z d. 4 grud. 1890), to mimo braku wszelkiego odczynu gorączkowego i podmiotowego i mimo braku prątków gruźliczych w plwocinach, trzebaby tego chorego uważać jako dotkniętego utajoną gruźlicą płuc.

To też w myśl spostrzeżeń nadmienionych w ustępie I. trzebaby zebrać większą ilość spostrzeżeń na osobach zupełnie zdrowych, ażeby się przekonać, czy oprócz zaostrzenia szmerów oddechowych, które po injekcyi środka Kocha zauważyliśmy u osoby zupełnie zdrowéj (Szydło), lub powiększenia się ilości rzężeń, jakie stwierdziliśmy u jednéj choréj z nieżytem oskrzelowym wcale o gruźlicę nie podejrzanéj (Radzik), środek Kocha zastosowany w dawkach diagnostycznych nie wywołuje także i osób zupełnie od gruźlicy wolnych lub tylko zmianami niegruźliczemi płuc dotkniętych, zmian miejscowych w płucach w postaci powstawania odgłosu bębenkowego na brzegach płuc, osłabienia tamże oddechu, pojawiania się objawów nieżytowych i t. p.

Że uwzględnianie saméj tylko reakcyi gorączkowéj bez baczenia pilnego na reakcyję miejscową w płucach nie wystarcza wogóle, na co pierwszy z nas jeszcze w początkach grudnia z. r. zwrócił uwagę, wynika to tak z tego przypadku, jak i z podobnego następnego:

Chora Jadwiga P., l. 20 licząca, leczona w klinice od 17/12 1888 do 12/1 1889 z powodu *taenia solium in ind. chloranaemico*, nie okazywała wtedy najmniejszych zmian w płucach, a ważyła 51 kilogrm. Dnia 24/11 1890 zgłasza się ponownie do kliniki z powodu osłabienia ogólnego, bolów przelotnych w kl. p. i kaszlu, które to przypadłości trwać mają od 3 miesięcy. Dziedziczności żadnéj, stan bezgorączkowy, plwociny śluzowe skąpe, prątków gruźliczych niema. Waga ciała 52 kilogrm. Blednica tego samego stopnia co przy pierwszym pobycie (ilość ciałek czerwonych 4.000.000, hemoglobiny 45%, stosunek ciałek białych do czerwonych 1:300). W żołądku objawy nieżytu kwaśnego. Kl. piersiowa w szczycie po pr. str. mniéj ruchoma, w szczycie prawym przytłumienie odgłosu wypukowego w dołku nadobojczykowym i na obojczyku, a z tyłu w szczycie na długości 6 ctm.; nadto szczyt prawy z tyłu nieruchomy. Wdech po stronie prawéj w szczycie słabszy, wydech nieco głośniejszy. Nigdy żadnych rzężeń. Stłumienie śledziony w wymiarze poprzecznym 6, w podłużnym $5\frac{1}{2}$ ctm., niemacalna.

1. Injekcya 0·001 22/12 Max. ciepłoty 37·8, tętna 116. Śledziona większa (5. poprz. 10 cm. podł.).

2 Inj. 0·002 23/12. Max. ciepłoty 38.9, tętna 120, erytema, kaszel suchy, ponowne ziębienie, ból głowy, brak apetytu. W szczycie prawym szmery oddechowe zdają się słabsze a po nad obojczykiem lewym odgłos zdaje się być niższy i mniej pełny. Śledziona 6·5 i 10 ctm.

3 Inj. 0.002 24/12 Max. ciepłoty tylko 38, tętna 108, dreszcze, poty, suchy kaszel. Śledziona macalna, w wymiarach 7.5 i 11 ctm.; podżebrze prawe przy ucisku bolesne. W płucach żadnych zmian.

4 Inj. 0·002 25/12. Max. ciepłoty tylko 37·6, tętno 108; liczba oddechów przez cały czas między 20—26. Reakcyja podmiotowa w postaci miernego osłabienia, bezsenności i kaszlu suchego. Śledziona już nie macalna, w wymiarach 7 i 8 ctm.; podżebrze prawe jeszcze miernie bolesne. W płucach żadnych zmian reakcyjnych. Plwociny nie zmienione, prątków ani razu nie znaleziono (Ehrlich-Koch, Biedert).

Na podstawie typowéj reakcyi gorączkowéj już po dawce 0·002, reakcyi podmiotowéj, powiększenia się śledziony, bolesności podżebrza prawego, a wyczerpywania się reakcyi tak gorączkowéj, jakoteż podmiotowéj i w zakresie śledziony, już przy drugiej a jeszcze bardziej po trzeciej dawce 0.002, domyślaliśmy się pomimo braku innych podstaw rozpoznaw-

czych przecież zmian gruźliczych i spodziewaliśmy się, że po dawce silnej powstanie gwałtowna reakcyja, stan gorączkowy, jakoteż w płucach, tak jak to powstaje często u osób niewątpliwie gruźliczych już po dawkach znacznie mniejszych.

Oczekiwania nasze jednak w znacznej części nie ziściły się: po dwudniowej pauzie wywołanej obrzękiem zapalnym w miejscu ostatniego wstrzyknięcia, po wstrzyknięciu w dniu 29/12 ilości 0·030 powstała wprawdzie w 8 godzin reakcyja gorączkowa 39·9, która na tej wysokości utrzymymywała się godzin 7, tętno jednak tylko na godzinę jedną podniosło się do 128. reakcyja podmiotowa była także znaczna, (dreszcze, ból głowy i bezsenność), śledziona powiększyła się znacznie (8 i 12 ctm.) i stała się macalna. wątroba również stała się większą, ale — zmiany reakcyjne w płucach ograniczyły się tylko do pojawienia się lekkiego odgłosu bębenkowego po stronie lewej między brzegiem wewnętrznym łopatki a stosem pacierzowym i do bardzo nieznacznego przytłumienia z tyłu u dołu po stronie prawej bez rzężeń i bez zmian w szmerach oddechowych. Zmiany te już nazajutrz minęły, śledziona zmniejszała się coraz bardziej, wątroba trochę wolniej, tak że dopiero w dni 6 po inj. wróciła do stanu prawidłowego. Ciężar ciała po poprzednich małych injekcyjach o $^1/_2$ kilo mniejszy, pod wpływem injekcyi silniejszej dalej nie podupadł. Prątki w plwocinach nie pojawiły się.

Czy domysł, że chora ta mimo to nie okazuje gruźlicy, jest usprawiedliwiony, wykaże dalsza obserwacyja.

O szczegółach, które dotyczą zachowania się chorych niewątpliwie gruźliczych pod wpływem wstrzykiwań płynu Kocha, później zdamy sprawę.

Kraków dnia 5/1 1891.

II. Z zakresu chirurgii nerek.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Zanim jednak przystąpiłem do operacyi, musiałem sobie zadać pytanie, którą drogą mam się dostać do nerki? Najprzód należało rozstrzygnąć zasadniczo kwestyję, czy drogą przez jamę brzuszną (*nephrectomia transperitonealis*), czy też przez mięśnie brzuszne (*n. extraperitonealis*).

Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że pierwsza droga z powyżéj wymienionych jest łatwiejszą, dla operatora wygodniejszą, dla pacyjenta o tyle przyjemniejszą, że po dokładnem zaszyciu obydwu blaszek otrzewny wszystko powinno się goić *p. primam*; nie mogę jednak powiedzieć, żeby ona była zawsze pewniejszą a mianowicie tam, gdzie z góry jest nam wiadomem, że natrafimy na części nieczyste, mogące jamę otrzewny zakazić, jakiemi tu być mogą ropa i rozkładający się mocz. Druga droga jest żmudną dla operatora, wymaga bowiem powolnego operowania według warstw anatomicznych, przykrzejszą dla operowanego dla częstszych opatrunków i możliwego ropienia następowego, lecz pewniejszą o tyle, że nie otwieramy przy tem jamy otrzewnowéj, przezco szanse zakażenia znacznie się zmniejszają. To też w niniejszym przypadku postanowiłem wobec przypuszczenia, że mamy zatrzymany mocz i krew i że rozkład tychże się już musiał rozpocząć, pójść tą ostatnią drogą. Wprawdzie ciągnęły mię dwie okoliczności do obrania drogi przez otrzewnę, a mianowicie wiadomość o skutecznéj, a drogą laparotomii dokonanéj nefrektomii przez Hochenegga i uwaga podana przez Maasa (l. c.), że wydarzy się szereg przypadków pęknięcia nerki, w których niepodobna będzie podwiązać krwawiące naczynia nerkowe za pomocą cięcia lędźwiowego podanego przez Simona. Co do pierwszéj jednak to nie było powiedzianem w owem krótkiem doniesieniu, czy to był przypadek świeży i wymagający nagléj pomocy, czy też jak mój przechodzący w okres chroniczny; w pierwszym bowiem razie przemawiałbym za laparotomiją, jako za operacyją, dającą się prędzéj wykonać, w drugim zaś za nefrektomiją zaotrzewnową. Co zaś do uwagi Maasa, to nie obawiałem się téj ewentualności dlatego, że obierając drogę operacyi pozaotrzewnowéj, postanowiłem iść za radą Bardenheuera [1]), który podaje bardzo obszerne i wygodne cięcia nerkowe, przez niego także zwane cięciem wrotowem *(der einfache und der doppelte Thürflügelschnitt)*, za pomocą którego dostać się można do wielu organów śród- lub pozaotrzewnowych, a więc też i nerki, bardzo łatwo i wygodnie, a o któregoto cięcia zaletach miałem już niejednokrotnie sposobność przekonania się już to przy nefrotomijach, już też przy głębokich ropniach zaotrzewnowych.

Pozostało mi jeszcze przed przystąpieniem do operacyi zapewnić się, że druga nerka istnieje, a jeżeli, to przekonać się, czy znajduje się w prawidłowym stanie. Z dotychczasowego opisu i rozumowania wynika loiczne przypuszczenie, że mocz nerki prawéj gromadził się między tkankami do okoła nerki, że więc mocz, który pacyjent drogą naturalną oddawał, pochodził z nerki lewéj, a że mocz ten miał skład prawie od prawidła nie odchodzący, gdyż ledwie spostrzegalny ślad białka nie stanowi jeszcze nieprawidłowości, przeto przystępowałem do operacyi zupełnie z spokojnem sumieniem.

Dnia 23 października r. z. wykonałem w głębokiéj narkozie chloroformowéj operacyję w sposób następujący: od końca 11 żebra poprowadziłem prostopadłe cięcie ku grzebieniowi kości biodrowéj przez skórę i wszystkie trzy warstwy mięśniowe, dopóki nie dotarłem do powięzi poprzecznéj. Ta ostatnia była w niniejszym przypadku z otrzewną ściśle złączona, prawdopodobnie wskutek rozprężania tych części przez rosnący z głębi guz nerkowy, gdyż w chwili, gdy zamierzyłem powięź rozciąć na sondzie rowkowéj, aby dostać się do załamka otrzewny, otworzyłem zarazem i tę ostatnią, co jednak w niczem dalszemu zamierzonemu postępowaniu nie przeszkodziło, zaszyłem bowiem otrzewnę szczelnie, od szukałem jéj załamek, oddzieliłem od wyczuwanego w głębi rany guza, a następnie idąc za radą Bardenheuera przeciąłem odrazu mocnemi nożycami wszystkie warstwy aż do otrzewny w dwu kierunkach, na jakie 10 ctm., to jest od górnego końca rany wzdłuż łuku żebrowego ku wewnątrz i górze — i od dolnego końca rany ku wewnątrz i dołowi; przez co otrzymałem płat skórno mięsny, dający się ku linii środkowéj odchylić. Już przez to odsłoniłem ścianę guza dostatecznie, aby go zaś jeszcze lepiéj uwidocznić i sobie późniejsze manipulacyje w głębi ułatwić, dodałem jeszcze jedno cięcie Bardenheuerowskie od dolnego końca główné) rany ku tyłowi, poczem cały boczny odcinek guza stał się widocznym i dozwolił nam stwierdzić, że ściana jego jest zbita, sino przeświecająca, a przy dotyku chełbocze. Za pomocą strzykawki Pravaza wydobyłem zupełnie czysty, jasno żółty płyn, który po wyjęciu igiełki ciągle kroplami się sączył w dowód wielkiego parcia płynu wśród tego guza tak, że zmuszony byłem otworek ten zamknąć na chwilę szczypczykami hemostatycznemi. Po rozpatrzeniu się w sytuacyi i dokładnem

[1]) *Der extraperitoneale Explorativschnitt.*

zatamowaniu krwotoku przeciąłem ową przeświecającą ścianę guza, z którego wypłynęło silnym strumieniem około dwóch litrów moczu z początku zupełnie jasnego, przy końcu jakby osad moczanów okazującego, a wreszcie w samym spodzie téj jamy znalazłem garść skrzepów krwi dobrze już przeistoczonych, szarych. Po wypłukaniu wnętrza téj jamy rozczynem kw. borowego 3% wyczułem wprowadzoną w głąb jamy ręką nerkę poprzecznie na dwie nierówne części pękniętą przez całą swą grubość tak, że rozstęp między niemi co najmniéj 2 cm. wynosił. Badając daléj wnętrze owéj jamy przekonałem się, że wewnętrzna jéj powierzchnia jest wyścielona jakby blaszką gładką, ślizką, która w pobliżu nerki przechodzi w jéj powłoki zewnętrzne zlewając się w jednę całość z jéj wnęką. Sączenia krwi z przepołowionéj nerki nie spostrzegłem wcale; dopiero gdy przy badaniu dolnego odcinka téjże samą istotę nerkową palcem odłuszczyłem od jéj torebki właściwéj czyli włóknistéj, zdaje się skutkiem przesiąknięcia krwią i lekkiego odczynu nieco zmienionéj, i gdy tę część nerki starałem się ku sobie pociągnąć, powstał dosyć znaczny krwotok skutkiem urwania się tego kawałka nerki w saméj wnęce. Tu się pokazała wielka korzyść wrotowego cięcia Bardenheuerowskiego, albowiem przystęp do wnętrza jamy był tak dogodnym, że naprzeciw mnie stojący główny asystent Dr. Podgórski mógł dogodnie krwawiące naczynie uchwycić palcami, poczem ująłem całą pozostałą dolną część torebki w mocne kleszczyki hemostatyczne i po za nią nałożyłem przewiązkę. To samo uczyniłem i w górnéj połowie, do której właściwe naczynia nerkowe dochodziły, z tą tylko różnicą, iż tutaj odłuszczyłem torebkę włóknistą nieco ściśléj złączoną ze ścianą owéj jamy i podwiązałem samą z niéj ogołoconą wnękę. Tak więc wydobyłem z osobna każdą część nerki, po których zestawieniu pokazało się, że pęknięcie drążyło przez całą grubość nerki i przez jéj miedniczkę do wnęki tak, iż w dole była jedna trzecia część jéj istoty wraz z częścią miedniczki i gałązką tętniczą odchodzącą od głównéj tętnicy nerkowéj; w górze zaś mieliśmy dwie trzecie istoty nerkowéj, przeważną część miedniczki z moczowodem i główne naczynia nerkowe.

Na zakończenie operacyi wystrzykano jamę jeszcze raz wodą karbolową i borową, wytamponowano gazą jodoformową, obok której wyprowadzono przewiązkę od głównéj tętnicy nerkowéj i szczelnie zaszyto ranę zewnętrzną, zostawiając po środku otwór na dwa palce objętości, którym wyprowadzono końce tamponów z gazy jodoformowéj.

Operacyja trwała 160 minut; czystego chloroformu zużyto do uśpienia 10 gramów, odtąd zaś do końca operacyi 55 gramów. Podczas operacyi wymiotował pacyjent raz jeden.

Przebieg po operacyi był następujący:

23/10 zaraz po operacyi albo raczéj przy jéj końcu chory zapadł na siłach tak, że zamiast chloroformu podawano podczas szycia rany eter siarczany do wdechiwania (4 gm.), również zastrzyknięto pod skórę eter z kokainą (2 cg.). Stan ten trwał przez trzy godziny pomimo, że chory się obudził i rozmawiał. Przy podawaniu czarnéj kawy z koniakiem, wina, ogrzewaniu ciała itp. udało się podnieść siły, tętno i temperaturę ciała do 36·5. W nocy spał z przerwami skarżąc się na ból gniotący w prawym boku.

24/10 r. 37·1, w. 38. Moczu oddał w pierwszych 24 godzinach 450 kcm., a w nim mocznika 10·95 gm. Polecono pić dużo płynów. Na noc wstrzyknięcie morf.;

25/10 r. 37·4, w. 37·5. Moczu 900 kcm., a w nim mocznika 30·58 gm. Bóle w boku mniejsze, skarży się na uporczywy kaszel;

26/10 r. 37·5, w. 37·6. Moczu 980 kcm.;

28/10 r. 37·4, w. 37·7. Moczu 1130 kcm., skarży się na kłucie w prawym boku; stwierdzono z tyłu w dole po prawéj stłumienie i oddech oskrzelowy;

28/10 moczu 1400. Kłucie w boku mniejsze. *Ol. Ricini;*

29/10 moczu 1800. Stolce kilkakrotne. Pierwszy opatrunek, który był miernie przesiąknięty.

Znaczna ulga po usunięciu tamponów z gazy jodoformowéj; odtąd kłucie ustało.

Odtąd opatrunki zmieniano co 2 lub 3 dzień, rana bowiem cała *p. primam* zgojona tylko w samym środku otwór, wypełniony gazą jodoformową. Bólów prawie żadnych; ruchy coraz swobodniejsze. Moczu średnio 1200 kcm. na dobę, tylko przez kilka dni zmniejszyła się jego ilość na 500 do 600 z powodu rozwolnienia. Najwięcéj trapiła chorego z początku bezsenność, przeciw któréj używaliśmy z początku morfiny, późniéj zaś sulfonalu. Temperatura ciała prawidłowa, podnosiła się tylko wyjątkowo, jeżeli ropa w głębi się zatrzymała. Powoli powracał apetyt, a wskutku tego i siły. W 4 tygodnie po operacyi zaczął chory siadać na fotelu, późniéj zwolna się przechadzać, a w niespełna dwa miesiące po operacyi opuścił zakład jako zupełnie wyleczony.

Spokojne i dokładne rozważenie niniejszego przypadku nasuwa nam następujące uwagi:

1) Co do rozpoznania. Operacyja stwierdziła, że rozpoznanie pęknięcia nerki było słusznem, że zatem opieranie się na takich przypadach, jak *shock* zaraz po wypadku, ból w okolicy nerki, krwawe moczenie, a głównie obrzęk w okolicy nerki zwolna, lecz ciągle wzrastający jest usprawiedliwionem.

2) Punkcyja próbna guza powstałego wśród jamy brzusznéj dokonana w czasie operacyi pociągnęła za sobą ciągłe sączenie się płynu, z czego wynika, że taka punkcyja próbna, wykonana w celach dyjagnostycznych przez skórę, chociażby i tak cienką igiełką jak Pravaza, mogłaby się stać przyczyną zaburzeń w dotychczasowym przebiegu choroby i uczynić wątpliwym wynik późniéj przedsięwziąść się mającéj operacyi. Jeżeliby się już konieczną okazała taka punkcyja, to radziłbym wykonać ją za pomocą przyrządu Dieulafoy lub Potaina tak, żeby nietylko otrzymać płyn, lecz znieść zarazem jego napięcie śród nowowytworzonéj torby, a to tembardziéj, że postępowanie to mogłoby w pewnych przypadkach mieć doniosłość pod względem rozpoznawczym. W statystyce Reczeya (l. c.) mamy bowiem zanotowany jeden (3) przypadek, w którym lekarz wyciągnął w 2 miesiące po urazie z guza w okolicy nerek powstałego około 2000 kcm. jasnego płynu, poczem nastąpiło wyleczenie, ile że płyn więcéj nie powrócił, tylko pozostały bóle w boku, które utrzymywały się jeszcze po 3 latach (Obs. Delabort). Jakiéj więc doniosłości był uraz w tym przypadku, ocenic nie możemy, prawdopodobnie mniejszéj, gdyż byłby się płyn znów uzbierał, gdyby obrażenie było tego stopnia, jak w moim obecnym przypadku. W każdym razie możnaby w lżejszych przypadkach w ten sposób chorobę usunąć, w tych zaś, w których przyszłoby do ponownego zebrania się płynu w guzie, mielibyśmy dowód cięższego urazu, wymagającego doszczętniejszego postępowania.

3) Okoliczność, że tak ciężki uraz nerki, jak jéj przedarcie na wskróś, nie pociągnęło za sobą ani tak znacznego moczenia krwią, ani też zebrania się większéj ilości krwi do około nerki, wyjaśniają nam stosunki znalezione przy operacyi, a mianowicie wytworzenie się torby o ścianach cienkich, lecz zbitych, sięgającéj aż do wnęki nerkowéj, tak że przepołowiona nerka była torbą tą objęta. Mocz zbierający się w niéj, znajdował się przeto pod wielkiem parciem i uciskał na moczowód, jakoteż i na naczynia krwionośne, skutkiem czego przyszło do powstrzymania odpływu moczu z téj nerki do pęcherza, jakoteż i do zatamowania się miejsc broczących.

4) Rozpatrzywszy się w stosunkach, znalezionych podczas operacyi, przyszedłem do przekonania, że torba ta utworzoną być mogła tylko przez torebkę nerki zewnętrzną czyli

tłuszczową (*capsula adiposa*); aby jednak mieć pod tym względem pewność, udałem się do mego niegdyś kochanego nauczyciela, a obecnie szanownego kolegi i przyjaciela prof. Teichmanna z prośbą, aby mi stosunek téjże torebki do nerki wyjaśnić raczył. Bardzo prostym sposobem, bo nastrzyknięciem zabarwionéj masy klejowéj w siatkowate przestwory owéj torebki wykazał on mi, że z wolna dostający się płyn gromadzi się w owych przestworach, zbijając oka jéj siatki coraz gęściéj, tak że masa daje się w zupełności utrzymać, przyczem z niéj i z owéj siatki tworzy się zbita warstwa. Jeżeli to otrzymać można w nerce wziętéj z trupa, o ileż łatwiéj wytworzą się te stosunki w tkaninie żywéj, w któréj okach osiędą skrzepy krwi wynaczynionéj. Niech mi wolno będzie na tem miejscu prof. Teichmannowi, jakoteż jego asystentowi Drowi Karpińskiemu za trud przez nich dla mnie podjęty wyrazić słowa najgłębszéj wdzięczności.

5) Oprócz tych dopiero co opisanych, a według mego zapatrywania dla pacyjenta korzystnych stosunków, powstać mogą skutkiem urazu nerki wewnętrznego czyli podskórnego i inne następstwa o wiele na razie niebezpieczniejsze niż poprzednie. Jeżeli bowiem nietylko sama nerka ze swoją torebką właściwą pęknie, lecz także i torebka tłuszczowa, natenczas krew i mocz rozsuwają tkankę łączną niczem nie powstrzymywane i stają się przyczyną z jednéj strony groźnéj niedokrewności, z drugiéj zaś złośliwych zapaleń tkanki łącznéj w pobliżu ważnych organów. Jeszcze groźniejszem będzie niebezpieczeństwo w razie równoczesnego pęknięcia otrzewny ściennéj do nerki przylegającéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie.

Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek.

Podał
Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Takim jest ogólne zachowanie się przesączu żołądkowego w zapaleniu nerek. Ale powtarzam, stopień tych zaburzeń jest różnym. Najwyraźniejszemi są wahania zawartości kwasu solnego i modyfikacyje, którym podlega ilość tego związku, wpadają w oczy. U jednego i tego samego osobnika brak zupełny kwasu solnego może przejść w dość znaczną, choć niższą od normy zawartość i odwrotnie. Wahania te zależą od różnorodnych momentów, z których kilka udaje się wyłączyć i znaleść zależność pomiędzy niemi i stopniem zaburzeń trawienia żołądkowego. Za najważniejszy czynnik należy uważać okres choroby, względnie stan wydzielania moczu, daléj grają rolę natężenie, trwanie przypadku; nie można także odrzucać wpływu uremii. Rozbierzemy w kilku słowach znaczenie tych czynników dla zawartości kwasu solnego.

Co się tyczy okresu choroby zauważamy, że w obecności obrzęków i oliguryi zmniejszenie ilości HCl jest znaczniejszem, niż przy obfitem wydzielaniu moczu i po zniknięciu obrzęków. W téj zmianie zjawisk największe znaczenie posiada stan wydzielania moczu. Można było zauważyć, szczególnie w przypadkach lżejszych zapalenia nerek, ścisły związek pomiędzy wydzieliną żołądkową i nerkową; gdy tylko ilość moczu się zwiększyła, wzmagała się zawartość kwasu solnego w żołądku. Zawartość HCl rosła równolegle z polepszeniem. W przypadkach ostrego zapalenia nerek ilość kwasu solnego szybko wraca do normy; jeśli zaś choroba przechodzi w stan chroniczny i chory mimo braku obrzęków i dostatecznéj ilości moczu traci ciągle białko, zawartość kwasu solnego nie wraca do normy, a odchyla się od niéj mniéj lub więcéj, stosownie do okoliczności, o których mowa niżéj. Przypadki przewleklego zapalenia nerek, które badałem w okresie względnego zdrowia, przy braku obrzęków i dostatecznéj ilości moczu, wykazywały zawsze zmniejszoną zawartość kwasu solnego. Zresztą w tym okresie nie widziałem ani razu zupełnego braku wolnego HCl, chociaż niekiedy fluoroglucynowanilina wykazywała ledwie ślady tegoż. Z drugiéj strony jeśli tylko nastąpi pogorszenie i zjawi się oliguryja i obrzęki, anomalije HCl nasilają się. Ale i w tym razie może nastąpić poprawa funkcyi żołądka, jeśli tylko polepsza się czynność nerek.

Na stopień zmniejszenia zawartości HCl w okresie oliguryi wpływa natężenie przypadku. O intenzywności cierpienia można było sądzić z ogólnych oznak. Stosownie do tego, im większe są obrzęki, im mniejsza ilość moczu i słabsza funkcyja nerek, im więcéj wydziela się białka, tem znaczniéj jest zmniejszoną zawartość kwasu solnego w żołądku. W skutek tych wpływów obserwujemy, że w ogóle w ciężkich przypadkach zapalenia nerek kwasu solnego w okresie obrzęków brak zupełny, a w lekkich znajduje się natomiast w pewnéj ilości. Stan czynności nerek nie traci przytem swego znaczenia, i stosownie do tego w ciężkich przypadkach ilość HCl zwiększa się, jak tylko zjawia się polepszenie. W ciężkich przypadkach trzeba było dłużéj czekać na zjawienie się kwasu solnego, niż w lekkich, ponieważ i w pierwszych czynność nerek wolniéj się poprawiała niż w drugich.

Z natężeniem przypadku znajduje się w ścisłym związku wpływ trwania jego. Prawda, określenie jak długo trwa *nephritis*, nie jest rzeczą łatwą. Że chorzy poraz pierwszy cierpią na obrzęki i oliguryję, nie stanowi jeszcze dowodu, że choroba istnieje tylko od tego czasu, przeciwnie wydzielanie białka w moczu może trwać długo i choroba tym sposobem przebiegać skrycie, póki ujawni się niedostateczna czynność nerek. Zresztą wogóle te nasze przypadki, w których objawy choroby istniały dłużéj, przedstawiały większe zmniejszenie zawartości HCl w przesączu żołądkowym, niż te, gdzie obrzęki i oliguryja istniały po raz pierwszy. Fakt ten ujawniał się najlepiéj w okresach względnego zdrowia. Wskutek takiego wpływu trwania choroby zdarzało się, że chociaż przypadek należał do lekkich, zawartość HCl z powodu długiego trwania choroby była osłabioną znaczniéj, niż w przypadkach ciężkich z krótkiem trwaniem.

Wpływ nadmienionych momentów kombinował się w oddzielnych przypadkach tak, że często trudno było określić, dlaczego istnieją takie a nie inne zmiany, których oczekiwaliśmy, sądząc z większości obserwacyj. Trzeba było więc przypuścić, że i inne czynniki i warunki, które trudno było na razie wykryć, grają rolę w zaburzeniach trawienia w zapaleniu nerek. Zdarzało się np., że kwas solny znajdował się nie w bardzo małéj ilości w przypadkach, które z powodu swego natężenia okresu nie powinny były zawierać

HCl. Niekiedy zawartość HCl w żołądku zmniejszała się, mimo że pogorszenia znacznego nie było, a później znowu przy dostatecznéj dyjurezie rosła w górę. To znowu zawartość HCl obniżała się, pomimo że obrzęki zupełnie zniknęły lub prawie nie istniały. Ostatnie zjawisko stale prawie towarzyszyło objawom mocznicy i, jak można było wnioskować, wywołane było przez nie. Nie udało mi się ani razu badać przypadku w silnie wyrażonéj mocznicy; obserwowałem jednak trawienie żołądkowe w kilku przypadkach z ogólnemi objawami uremicznemi (ból głowy, wymioty). W tych warunkach kwas solny znajdował się zawsze w bardzo nieznacznych ilościach, chociaż stósownie do innych oznak tu nie powinno było mieć miejsca.

Przedstawiona zależność sekrecyi żołądkowéj w zapaleniu nerek od różnych czynników występuje jasno na zawartości kwasu solnego. Powinienem przytem dodać, że istnienie téj zależności mogło być wykryte przy używaniu śniadania próbnego Ewalda. Inne próby, a szczególnie zawierające mleko, wykazywały zawsze silniejsze i dłużéj trwające zaburzenia, niż je konstatowała próba Ewalda. Tak kwas solny (określony jakościowo według Günzberga) nie zjawiał się lub nie zwiększał przy zwiększeniu ilości moczu, nie istniał nawet przy braku obrzęków. W tych razach określanie ilościowe według Sjöquista okazywało się nader pożytecznem; udawało się dowieść istnienia kwasu solnego w przesączu żołądkowym, w analogii do innych tego rodzaju przypadków, chociaż fluoroglucynowanilina nie dawała żadnych rezultatów. Różnica taka mogła być objaśnioną faktem, że mleko wiąże bardzo dużo wolnego kwasu solnego i przez to śniadanie mleczne wykazywało większe zaburzenia, niż one w rzeczywistości istniały. Osłabiona funkcyja żołądkowa naturalnie sprzyjała temu.

Na zaczynach soku żołądkowego w zapaleniu nerek nie można było skonstatować podobnych wahań jak na kwasie solnym. Pod tym względem występowały tylko różnice jakościowe; o ile istniały tu i ilościowe, trudno było zadecydować. W ogóle jednocześnie z polepszeniem procesu chorobowego polepszała się także i czynność fermentów; zresztą zwrócę jeszcze raz uwagę, że nawet w lekkich przypadkach trawienie pepsynowe było silnie upośledzone. Zupełny brak pepsyny udawało się konstatować, być może jeszcze częściéj, niż zupełny brak wolnego kwasu solnego. Fakt ten obserwowałem nie tylko w przewlekłych, ale i w ostrych przypadkach. W jednym przypadku obserwowałem, że czynność fermentu sernikowego prędzéj wróciła, niż zdolność trawienna przesączu: mleko ścinało się bardzo dobrze, a krążek białka nie był jeszcze przetrawiony należycie.

Mimo silnie osłabionéj sekrecyi żołądkowéj nie widzieliśmy oznak zbyt silnego rozwoju procesów fermentacyjnych w żołądku, których mogliśmy się spodziewać z powodu osłabienia antiseptycznéj sprawności żołądka. O ile można było wnioskować z siły reakcyi kolorymetrycznéj kwas mleczny nie zawierał się w przesączu żołądkowym w zbyt znacznych ilościach, w porównaniu z temi, jakie konstatowaliśmy u zdrowych ludzi przy takich samych warunkach. Niekiedy wprawdzie reakcyja Uffelmanna była wyraźną i to zjawisko najczęściéj zdarzało się jednocześnie z wysoką kwasotą przesączu żołądkowego, mimo to, że kwasu solnego było w nim bardzo mało. W przypadkach tego rodzaju należało przypuścić silniejszy rozwój fermentacyj. Ale to obserwowałem nie często. Brak silnego rozkładu w żołądku zgadzał się z tem, co obserwowałem względem czynności ruchowéj żołądka w zapaleniu nerek. Nie przeprowadzałem w tym kierunku szczegółowych badań za pomocą jednéj ze stosowanych metod, jednakże udało mi się zauważyć ciekawe szczegóły. Nie obserwowałem nigdy w swoich przypadkach silnie wyrażonego niedowładu żołądka; rano zawsze znajdowałem żołądek pustym, nawet jeżeli chory w nocy przyjmował pokarm. Oprócz tego często konstatowałem przyspieszone wydalanie zawartości żołądka do kiszek. Nieraz w $^3/_4$ godziny po próbie białkowéj nie mogłem nic wydobyć z żołądka, po śniadaniu Ewalda zaś bardzo mało. Kilka razy po 250 ctm.^{3} mleka już po godzinie znajdowałem żołądek pustym, płyn przemywający był prawie czystym, mimo to, że według badań Reichmana[1]) taka ilość mleka opuszcza żołądek ledwie w 2—2$^1/_2$ godziny. Tę zwiększoną czynność ruchową żołądka obserwowałem nie tylko w przypadkach świeżych ale i w trwających $^1/_2$—1 roku, jeżeli tylko zwracałem uwagę na to zjawisko. Czy przytem istnieje jaka zależność od okresu choroby lub od innych warunków, nie mogę odpowiedzieć; obserwowałem ten fakt i w lekkich i ciężkich przypadkach, przy zupełnym braku kwasu solnego w żołądku i przy zawartości jego.

Przedstawione zachowanie się trawienia żołądkowego dotyczy ostrych i przewlekłych miąższowych form zapalenia nerek. W 3 dość czystych przypadkach marskości nerek, z których jeden przybył do kliniki z zaburzeniami działalności sercowéj i chorował już oddawna, drugi skarżył się na przypadłości żołądkowe, a trzeci przedstawił się w dość dobrym stanie zdrowia z poliuryją (2500—3000 ctm.), znalazłem także osłabienie czynności wydzielniczéj żołądka. W pierwszych 2 przypadkach HCl brakło zupełnie, w 3 znajdował się w małéj ilości. Stan fermentów i innych części składowych przesączu odpowiadał ogólnym faktom.

Przytoczę teraz kilka przykładów.

Przypadek 1. Karw., 48 lat, chora na obrzęki od tygodnia. Od 2—4 dni bóle głowy, bezsenność, niekiedy wymioty. W sercu i płucach nic nienormalnego, obrzęki małe, moczu ok. 1000^3 ctm., dosyć białka, wałeczki. Skargi dyspeptyczne. Stolec codziennie. Próba Ewalda przez cały czas. 25 Sierp. Woln. HCl brak zupełny; pept. są, mleczny umiarkow.

27/VIII. HCl brak, og. kwasota 28, pept. wyraźne, mlecz. mało. Objawy uremiczne istnieją. Oprócz *kali acet.—inf. sennae* przez 27—28. Obrzęki mniejsze.

31. HCl b. słabo. Mleczn. mało, pept. słabo, Moczu od 2 dni 1600—2000 ctm. Obrzęki mniejsze, białka mniéj. Bóle głowy jeszcze istnieją. Skarg dyspeptycznych nie ma już.

3 Wrześ. HCl 0,0113%, og. kwas 52, pept. wyraźne, mleczny wyraźnie, *kali acet.* Uremicznych objawów już niema.

7. W. HCl 0,0169%, og. kwasota 38, pept. wyraźne, mleczny jest, labfer. niema. Przesącz z kw. solnym i bez niego przetrawia we 24 g. nie wszystko. Obrzęków niema. Moczu 1600—1800. *Kali acet.* Niema skarg dyspeptycznych.

12. HCl 0,0146%, og. kwas. 48, pept. wyraźne, mleczn. jest, lab. niema. Przesącz +HCl przetrawia więcéj niż —HCl, ale nie wszystko. Bez lekarstw. Obrzęków niema, białka w moczu niewiele.

16. HCl 0,0226%, og. kwas. 44, pept. wyraźne, mleczn. mało, lab. niema. Przesącz +HCl trawi więcéj niż —HCl. Moczu 1600—1900^3 ctm.

18. HCl 0,0678%. Og. kwas. 40, pept. wyraźne. lab. niema.

[1]) Gazeta Lekarska, 1884.

20. HCl 0,0452%. Og. kw. 46, pept. wyraźne, mleczn. mało, lab. obecny. Chora wyszła z kliniki z małą ilością białka w moczu. Po 2 tygodniach obrzęki. Dyspeptyczne objawy istniały tylko przez pierwszych kilka dni. Żołądek rano zawsze pusty. Dyjeta mleczna.

Przyp. 2. Kwiec., 45 l., obrzęki od 4 miesięcy zmniejszają się i zwiększają same przez się. Nigdy objawów mocznicowych nie było. Chora nie leczyła się jeszcze. Nie było nigdy i niema teraz objawów dyspeptycznych. Stolec prawidłowy. Dość znaczne obrzęki, moczu 900—1000 ctm. Mało białka. Słaba *bronchitis*. Serce zdrowe. *Kali acet.* Próba Ewalda.

28. Wol. HCl brak, og. kwas. 22, pept. i mleczny słabo.

30. W. HCl brak, og. kw. 18, pept., mleczn. słabo, moczu 1800, mało białka.

7 wrześ. W. HCl słabo, 0,0113%, og. kw. 22, pept., mleczn. słabo, lab. brak. Od 3 wrześ. obrzęki zmniejszają się, moczu 3000—5000 ctm. Odstawiono *kali acet.*

12. W. HCl słabo, og. kw. 24, pept., mleczn. słabo, lab wątpliwy. Przesącz +HCl trawi mało, bez HCl nic. Obrzęków prawie niema. Białka mało.

14. HCl 0,0113%, og. kw. 22, pept., mlecz. słabo, lab. niema. Moczu około 4000, białka mało.

Zwykła dyjeta mięsna. Nie było zupełnie skarg gastrycznych. Żołądek rano pusty. Po śniadaniu wydobywano b. mało, 2—3 razy mniéj niż w przyp. 1-szym

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Błękit metylenowy jako środek uśmierzający ból.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

Nr. 6, Marcin A. lat 53, szewc. Przyjęty do szpitala dnia 1-go Października 1890. Od trzech dni cierpi na bóle w prawéj nodze, rozprzestrzeniające się od pośladka ku stopie. Przy ucisku wykazać można punkty bolesne nerwu kulszowego. D. *Ischias dextr.*

D. 1/X. Zastrzyknięto rano w prawe udo 0·04 Mb.

D. 2/X. twierdzi, że już prawie niema rwania w nodze, jednak czuje ból jeszcze dotkliwszy i bardzo silne pieczenie w miejscu zastrzyknięcia. Zastrzyknięto powtórnie 0.04 Mb. Wieczorem chory twierdzi, że już jest zdrów na nogę zupełnie, żąda koniecznie wypuszczenia ze szpitala i ani słyszeć nie chce o ponownem zastrzykiwaniu. Noga na około miejsca zastrzyknięcia obrzmiała i silnie zaczerwieniona, w końcu występują dreszcze. Ciepłota 38·9 C.

D. 3/X· Obrzmienie trwa daléj, jest silnie zaczerwienione i bardzo bolesne. Ciepłota ranna 37·5, wieczorna 38·4.

D. 4/X. Obrzmienie nieco mniej bolesne, ciepłota ranna 36·5, wieczorna 37·5.

Nr. 7, Katarzyna M. lat 27, służąca. Zgłosiła się do lecznicy dnia 2/X, 1890. Od Maja b. r. cierpi na silne bóle, rozchodzące się wzdłuż lewéj nogi. Bóle te trwają wciąż, jakkolwiek od dwóch miesięcy z mniejszem nieco nasileniem. Punkty bolesne wzdłuż nerwu kulszowego. D. *Ischias sin.*

D. 2/X. Zastrzyknięto w lewe udo 0·04 Mb. W kilka godzin potem bóle wzmogły się, w całéj nodze rwie — pieczenie silne w okolicy zastrzyknięcia.

D. 3/X. Zastrzyknięto 0·04 Mb. Bóle jeszcze gwałtowniejsze, noga obrzmiała, zaczerwieniona i bolesna. Wieczorem wystąpiły dreszcze i gorączka

D. 4/X. Ciepłota ranna 38·1 C. Dano wewnętrznie rano i wieczór 0·20 Mb. Po pierwszéj dawce wystąpiły bóle w żołądku i nudności, po drugiéj zaś wymioty, które występowały jeszcze pięć razy w ciągu dwóch dni następnych, Zaprzestano podawać błękit metylenowy i zalecono inne leczenie. Chorą widziałem ostatni raz w pięć tygodni potem, noga była jeszcze obrzękłą, twardą, zaczerwienioną, skóra łuszczyła się na około miejsca zastrzyknięcia.

Nr. 8. Jędrzej Cz., lat 58, robotnik kolejowy. Przyjęty do szpitala dnia 2/X. Od czterech dni cierpi na bóle kłójące z lewéj strony klatki piersiowéj. W przestworach międzyżebrowych dolnych punkty bolesne. D. *Neuralgia intercostalis sin.*

D. 3/X. Zastrzyknięto podskórnie 0·04 Mb. W kilka godzin potem bóle wzmogły się znacznie, w miejscu wstrzyknięcia powstał dość znaczny obrzęk i zaczerwienienie.

D. 4/X, dano wewnętrznie rano i wieczór po 0·3 Mb. Bóle trwają z jednakiem nasileniem.

D. 5/X dano rano, w południe i wieczór po 0·3 Mb. Bóle jednakie, nadto wystąpiły nudności.

Nr. 9. Ignacy B., lat 14, uczeń gimnazyjalny. Od dwóch tygodni cierpi na bóle rwiące nad lewem okiem. Nerw nadoczodołowy przy ucisku nader bolesny. Śledziona prawidłowa. D. *Neuralgia supraorbitalis sin.*

D. 15/X podano rano i wieczór 0·2 Mb. wewnętrznie.

D. 16/X, bóle trwają jednakowo. Podano rano, w południe i wieczór 0·2 Mb.

D. 17/X. Stan ten sam. Podano rano, w południe i wieczór 0·3 Mb

D. 18/X. Bóle wzmogły się, przytem wystąpiły nudności. Podano rano, w południe i wieczór 0·3 Mb. Bóle trwają z jednakiem nasileniem, nadto wystąpiły wymioty.

Nr. 10. Józef M., lat 30, portyjer kolejowy. Podczas wypadku na kolei nabawił się nerwicy, którą opisałem w artykule p. t. „O nerwicach urazowych“, Przegląd Lekarski, 1890. U wymienionego chorego wystąpiły bóle w zakresie nerwu nad i pod oczodołowego prawego. Przyjęty został do szpitala dnia 24/IX. D. *Neuralgia supra et infraorbitalis.*

D. 24/IX. Podano wewnętrznie wieczorem 0·20 Mb. Bóle trwały w nocy jak i poprzednio.

D. 25/IX. Podano rano i wieczór po 0·2 Mb. Noc była bardzo zła, bóle się zwiększyły.

D. 26/IX. Dano wewnętrznie rano i wieczór po 0·2 Mb. Stan jednaki, przytem wystąpiły nudności i odbijania.

Oprócz wyżéj wymienionych przypadków, zastrzykiwałem jeszcze lub podawałem wewnętrznie błękit metylenowy u sześciu chorych, a mianowicie w trzech przypadkach reumatyzmu stawowego, jednym mięśniowego, jednym nerwicy kulszowéj i jednym nerwicy V pary (*tic douloureux*). Przypadków tych nie opisuję poszczególnie, gdyż już po jednorazowem zastrzyknięciu a nawet po daniu jednéj większéj dawki wewnętrznie, chorzy wzbraniali się przyjmować ten lek dla gwałtownych bólów, lub nieznośnych nudności i usuwali się z pod dalszego leczenia.

We wszystkich przypadkach mocz bywał zabarwiony, jak to opisują Ehrlich i Leppmann, zielonkowato, aż do ciemno-niebieskiego. Tak samo kał, ślina a nawet i pot.

Działanie więc tego środka da się krótko streścić w następujący sposób: Przy zastrzykiwaniu powstawał prawie zawsze obrzęk bolesny, zaczerwieniony, czasem występowała gorączka, bóle zaś potęgowały się prawie bez wyjątku nader gwałtownie. Jeden tylko przypadek zdaje się stanowić wyjątek, a mianowicie Nr. 6, gdzie chory twierdził, że bóle, na które poprzednio cierpiał, ustały. Ponieważ jednak równocześnie skarżył się na nieznośny ból w miejscu zastrzyknięcia, wypraszał się bardzo od dalszych i żądał wypuszczenia ze szpitala mimo dreszczów i gorączki, sądzę, że można całkiem słusznie przypuszczać, że to nagłe wyzdrowienie wywołała obawa przed dalszemi a tak bolesnemi zastrzykiwaniami. Gdyby nawet tak nie było, to gwałtowna reakcyja, jak gorączka pojawiająca się jedynie w skutek zastrzyknięcia błękitu metylenowego w kilku przypadkach, wszelkie bowiem inne przyczyny zostały stanowczo wykluczone, musiałaby obniżyć zupełnie wartość tego środka. To

samo uczyniłoby także nader niemiłe stosowanie tegoż. Ręce lekarza, strzykawka, bielizna chorego itd., barwi się przy najostrożniejszem użyciu. Kto raz spróbuje wstrzykiwać ten środek, pozna, ile on nieprzyjemności sprowadza z powodu nadzwyczajnéj intenzywności. Wewnętrzne stosowanie bólów wprawdzie nie zwiększało, jednak też ich nie usuwało, a wywoływało prawie bez wyjątku znaczne zaburzenia ze strony żołądka.

Skąd ta sprzeczność rażąca z wynikami Ehrlicha i Leppmanna? Używałem przetworu tego samego co i oni, w tym samym rozczynie i w tychże samych przypadkach, jużto cięższych, jużto lżejszych, a jednak pierwsze zaraz próby powinny mnie były do niego zupełnie zniechęcić. Ponieważ jednak poczyniłem je na przypadkach bardzo ciężkich, jak Nr. 1 i 5, sądziłem, że może w lżejszych postaciach będzie skuteczniejszy i próbowałem daléj, z tym samym arcysmutnym wynikiem. Mając tak ujemny skutek, powinienem się był może ograniczyć do krótkiego doniesienia o braku wartości tego środka. Jeśli zaś obszerniéj nieco to zrobiłem, opisując szczegółowiéj 10 przypadków, to jedynie dla tego, że jak mnie samemu się zdawało, nazwisko Ehrlicha powinno było dawać rękojmię, że choć coś jest na tem prawdziwego: tem więcéj przeto uważałem za stosowne nieco dokładniéj rzecz podać i poprzeć protokólami a nie poprzestać na gołosłownem przeczeniu. Przytem niechciałem czytelnika wprawić w zdziwienie, że tak rażąco sprzeczne twierdzenie moje z wynikami Ehrlicha i Leppmanna nie poparte jest prawie niczem, tak jak u tychże autorów, którzy zalecając ten środek podali zaledwie jeden przypadek z 40-tu pomyślnych, pozostawiając resztę dobréj wierze czytelnika. Tym razem wiara ta została całkowicie zawiedziona, błękit metylenowy bowiem nietylko nie uśmierza bólów, lecz zastrzykiwany potęguje i jest środkiem wprost szkodliwym.

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dra Napoleona Cybulskiego: Fizyjologija człowieka. Część I. Warszawa, 1891. Duża 8-ka str. 239.

Największą bez wątpienia potrzebą naszego piśmiennictwa lekarskiego jest zaradzenie brakowi dzieł, z którychby uczeń medycyny mógł czerpać swą wiedzę, a lekarz praktyczny odświeżać od czasu do czasu zapas wiadomości swych podczas lat uniwersyteckich nabyty. Naturalnym biegiem rzeczy brakowi temu zaradzić winni profesorowie uniwersyteccy przed wszystkimi innymi. Dlatego zważywszy, iż więcéj niż 30 lat upłynęło od wydania znakomitych dzieł treści fizyjologicznéj prof. Majera, nie obejmujących wszakże całości przedmiotu, a dwadzieścia kilka lat od ukazania się fizyjologii ś. p. prof. Piotrowskiego, niestety niedokończonéj, z upragnieniem oczekiwaliśmy dzieła oryginalnego, któreby przedstawiło nam całą fizyjologiję ludzką ze stanowiska dzisiejszéj umiejętności.

Taką książką, któréj autor daje nam zupełną rękojmię, iż będzie ona pod każdym względem odpowiadać swemu celowi, jest wydana co właśnie w pierwszéj części fizyjologija prof. Cybulskiego. Dlatego uważamy za swój obowiązek zapoznać czytelników Przeglądu Lekarskiego z jéj treścią.

Po krótkim wstępie, w którem sz. autor trafnie określa fizyjologiję i zręcznie wprowadza czytelnika do przedmiotu, idzie pierwszy rozdział o krwi, w którym jest opis składników morfologicznych i chemicznych, tudzież przymiotów krwi fizyjologicznych; w drugim rozdziale mowa o limfie, w trzecim o mięśniach pod względem tak budowy anatomicznéj jak i działania fizyjologicznego, tudzież objawów tego działania, a w 4-tym i ostatnim mieści się ogólna fizyjologija i histologija układu nerwowego, która dla oryginalności i trafności przedstawienia ze szczególnem przeczytaliśmy upodobaniem.

Nie widzimy potrzeby zastanawiać się nad treścią poszczególnych rozdziałów tem bardziéj, iż autor zajmuje wszędzie stanowisko obecne nauki a sposobem przedstawienia dowodzi, iż jest panem przedmiotu pod względem nie tylko umiejętnym, ale i dydaktycznym, co nie zawsze, jak wiadomo, idzie ze sobą w parze. Tak są dzieła napisane przez wielkie znakomitości a niepraktyczne do nauki, tak naodwrót są nieraz proste kompilacyje, które w zupełności odpowiadają swemu celowi dydaktycznemu. Otóż prof. Cybulski dał nam dzieło oryginalne, wysoce naukowe a mimo tego bardzo stosowne dla uczniów i lekarzy. Z prawdziwym też pożytkiem odczyta je tak lekarz chcący dowiedzieć się dzisiejszego stanowiska nauki tak ważnéj pod względem zastósowania w praktyce lekarskiéj, jak i kandydat na lekarza potrzebujący przetrawić i wprowadzić *in succum et sanguinem* wiadomości zaczerpnięte z ustnego wykładu.

Co do formy, to język prócz rzadkich stosunkowo a tak łatwych do usprawiedliwienia germanizmów poprawny, styl jasny, przeprowadzenie ściśle loiczne. Pod względem typograficznym wydanie jest bardzo staranne, papier dobry, czcionki nowe przyjemnego dla oka kroju, ryciny jakkolwiek niewykwintne, są odbite czysto i przyczyniają się doskonale do zrozumienia tekstu. Krótko mówiąc w dziele prof Cybulskiego witamy bardzo pożądanego gościa w naszéj literaturze życząc mu, by co lat kilka odmładzał się pod postacią nowych wydań, a sz. autora prosimy, aby mimo rozlicznych swych zajęć nie pozwalał nam długo czekać na dalsze części i dokończenie swéj cennéj, pożytecznéj i w naszem piśmiennictwie tak potrzebnéj pracy. *Domański.*

Patologija.

Langenbuch. **Wyleczenie mnogich mięsaków skóry przez różę wędrującą.**

U 27 letniego robotnika wycięto w Sierpniu 1888 r., z okolicy lewego biodra guz wielkości głowy dziecka tkwiący w tkance podskórnéj Badanie mikroskopowe wykazało utkanie mięsakowe okrągłokomórkowe. Od 1 Marca 1889 wytwarzać się począł mięsak powrotny w miejscu blizny pooperacyjnéj, nowy guz na karku a wkrótce pojawiły się większe guzy na prawym pośladku jakoteż około 50 różnéj wielkości guzów na innych częściach ciała, przeważnie zaś na przodkowéj powierzchni klatki piersiowéj i brzucha. Tylko trzy większe guzy wycięto, a w celu usunięcia reszty użyto energicznego leczenia jodkiem sodu i arsenem. Rany pooperacyjne zagoiły się dobrze i zdawało się też, że pozostałe guzy pod wpływem użytego leczenia wyraźnie się zmniejszają. Chory uległ wtedy zakażeniu przypadkowemu różą wędrującą, w ciągu trwania takowéj już trzeciego dnia guzy poczęły się bardzo szybko zmniejszać i około 8 dnia poznikały zupełnie. Chory był uleczony. W jesieni 1890 w miejscu blizny na karku wytworzył się nowy guz wielkości orzecha włoskiego tejże saméj, jak badanie mikroskopowe wykazało, budowy, który wycięto i do chwili przedstawienia chorego?nie okazały się nigdzie nowe guzy.

Langenbuch nadmienia, iż jakkolwiek dłuższy czas przed pojawieniem się róży przedsięwzięte leczenie jodo-arsenowe pomocniczo w tym przypadku działać mogło, nagłe zniknięcie guzów bezwątpienia wpływowi róży przypisać należy, jakoteż, iż wnosząc z przypadku tego popierającego inne spostrzeżenia w przypadkach nowotworów nie przydatnych do operacyi u ludzi z pewnym zasobem sił lecznicze szczepienie róży mogłoby być użyte. (*D. med. Woch. 1890 Nr. 52*). |

Uwaga ref. W literaturze znane już są przypadki, w których róża przypadkowo wikłająca się lub umyślnie zaszczepiona, sprowadzała za sobą zniknięcie, zniszczenie nowotworów mięsakowych, czy to przez oddzielenie się powierzchownie położonych nowotworowych tkanek, czy też przez resorpcyję tychże jak w powyższym przypadku Langenbucha. Wpływ ten mikrobów róży wobec anatomicznie (Israel, Kromeyer, Browicz, Riehl, Cornil, Jürgens) skonstatowanego

wpływu szczepianki Kocha na tkankę gruźliczą, nabiera niezwykłéj wagi. Wpływ ten wskazuje, iż, jakkolwiek tkanki nowotworowe powstają z istniejących stałych elementów tkankowych, posiadają one, pomijając ich nadmierną zdolność twórczą, pewne nieznane nam właściwości, które je na wpływ chemiczny istot wytworzonych przez mikroby chorobotwórcze wrażliwemi czynią, a wobec których to produktów wydzielniczych mikrobowych tkanki prawidłowe obojętnie się zachowują. Przypadek powyższy z innego jeszcze względu bardzo jest ciekawy. W kilka miesięcy po zniknięciu pod wpływem przyplątanéj wędrującéj róży tak licznych guzów mięsakowych powstał w miejscu blizny guz powrotny. Jeżelibyśmy przypuścili, iż przyczyną nowotworów są pasorzyty, zaczem, zdaniem mojem, dotychczas żaden szczegół nie przemawia, pojawienie się recydywy wskazywałoby, iż produkta te na owe pasorzyty wpływu nie wywierają. W każdym razie szczegół pojawienia się recydywy wskazuje, iż tylko do wykształconéj tkanki nowotworowéj znajdującéj się w lokalnych warunkach odżywienia w ogóle tak odmiennych od prawidłowych tkanek wpływ ten się odnosi. Odnosząc zaś przyczynę nowotworów do wrodzonych właściwości systemów tkankowych produkta wydzielnicze mikrobów róży na te właściwości wpływu nie wywierają i tak samo jak wycięcie nie zabezpieczają od odnawiania się nowotworu. *Browicz.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

O. Israel. Wynik przeszczepienia na królika cząstek tkanki gruźliczej zmienionej pod wpływem szczepianki Kocha. Na posiedzeniu towarzystwa lekarzy w Charité dnia 18 Grudnia 1890 zdawał Israel sprawę z wyniku przeszczepienia cząstek tkanki badanej przez siebie histologicznie (patrz ref. w Przegl. Lek. 1890 Nr. 50). Użył on do tego strzępów tkankowych, jakie wśród jamy gruźliczej w ognisku stawu skokowego podówczas znalazł i przeszczepił cząstkę tych strzępów, w których badania mikroskopowe nieliczne prątki wykazało, do przodkowej komórki oka królika. Około 19 dnia po zaszczepieniu pojawiły się pierwsze nader drobne gruczołki. Tak więc eksperyment ten potwierdził twierdzenie Kocha, które i tak wobec kategorycznego w tej mierze oświadczenia Kocha nie podlegało wątpliwości, iż prątki pod wpływem szczepianki nie tracą swych histologicznych własności. Nadmienić przytem należy, iż cząstki tkanki gruźliczej do przeszczepienia użytej pochodziły z przypadku, w którym w ciągu pięciotygodniowego leczenia zastosowano 13 wstrzyknięć i z czasu, gdy organizm już po wstrzyknięciu reakcyi nie ukazywał. (*Berl. klin. Woch.* 1891 Nr. 1). *Browicz.*

Burkart z Bonn w doświadczeniach swych wykonanych na 21 chorych płucnych znalazł co do reakcyi wszystko zgodne z opisem innych autorów. Jakkolwiek wyleczenia dotąd nie spostrzegł (leczy dopiero środkiem Kocha 18 dni) to jednakże niektórzy chorzy czynili wrażenie, jakgdyby ich stan się polepszył. Poty nocne zmniejszały się lub znikały, duszność ustępowała, plwociny, stłumienie, rzężenia się poprawiały, a zdarzał się tu i owdzie przybytek na wadze 1 kg. w ciągu 14 dni. Atoli z drugiej strony konstatuje B., że stan wielu pacyjentów pogarszał się znacznie po reakcyi wywołanej przez wstrzyknięcie środka Kocha (u jednego ubytek $2\frac{1}{2}$ kg. w 17 dniach). Zdaniem B. ubytek ten sprowadzają gorączka i zboczenia w trawieniu zdarzające się często podczas reakcyi.

Zresztą objawy silnego nieżytu oskrzeli i zagęszczenia tkanki płucnej przestrzegają, aby szczepianki Kocha wobec daleko posuniętej gruźlicy albo wcale nie używać, albo bardzo ostrożnie. Nadto trzeba także pamiętać o reakcyi występującej w krtani i jelitach, która może stać się wobec gruźlicy tych narządów zgubną przez obrzęk krtani względnie przedziurawienie jelita wywołanego przez nekrozę jego ściany zajętej sprawą gruźliczą. (*Berl. klin. Woch.* 53).

Kammerer i Pfleger zdając sprawę z pobytu swego w Berlinie, dokąd wysłani zostali przez radę miasta Wiednia, podają między innemi treść rozmowy swéj z Kochem. W rozmowie téj zauważył Koch, że wyniki ogłaszane ze wszech stron, nie zgadzające się z pierwotnie przez Kocha podanemi, zdają się nie polegać na dość ścisłych badaniach, że wogóle czas obserwacyi wszędzie jest zbyt krótki i że nie stosowano się dość dokładnie do ogłoszonych przez niego (13 listopada) wskazówek. I tak np. twierdzi Koch, że konieczność tracheotomii, o której mu telegraficznie z Bonn doniesiono, wydaje mu się niejasną wobec środków ostrożności, które on zalecał, i że jemu przypadek taki pewnieby się nie był zdarzył. Stanowczo Koch zaprzecza, jakoby jego środek był niebezpieczny.

Na zapytanie, czy istnieją już przypadki wyleczenia gruźlicy, odpowiedział Koch potwierdzająco, że musiał już wypuścić z leczenia szereg chorych w początkach choroby, o których ma prawo przypuszczać, że są wyleczeni, tj. zniknęły u nich wszystkie objawy choroby jak kaszel, plwociny, prątki, poty nocne i gorączka; wejrzenie ich się polepszyło, apetyt się poprawił, objawy zagęszczenia płuc ustąpiły. Osoby te domagały się koniecznie wypuszczenia z zakładu. A ponieważ osoby takie na znaczne dawki środka nie oddziaływały, uważa je Koch za zupełnie wyleczone. Zresztą ze stanowiska higijenicznego usunięcie prątków z plwocin (a ich znikanie zdaniem Kocha zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości), odgrywa ważną rolę w profylaksie gruźlicy.

Jak we wszystkich swych pracach, tak i w ostatniej Koch trzymał się ściśle zasady nie wydawać nigdy wyroku o rzeczy, póki przez ścisłe badanie o prawdzie i słuszności swych twierdzeń się nie przekonał, i przeto nigdy nie był i prawdopodobnie nie będzie w położeniu, aby musiał coś z swych twierdzeń odwołać.

W dalszym ciągu swego sprawozdania opisują K. i P. spostrzeżenia swoje w różnych zakładach berlińskich i o wynikach wyrażają się z wielkim entuzyjazmem. (*Wien. med. Woch. Nr. 52*).

Fränkel w Berlinie stosował środek Kocha w 15 przypadkach gruźlicy krtani, w 7 gruźlicy płuc bez zajęcia krtani i w 5 przypadkach liszaja. Co do ogólnej reakcyi, to F. uważa za najkorzystniejsze dobieranie takich dawek, aby gorączka nie dochodziła do 39°. Im bardziej ciepłota w dniach wolnych od injekcyi zbliża się do prawidłowéj, tem lepsze jest rokowanie. Nie wszyscy suchotnicy oddziaływają na środek Kocha gorączką, u niektorych pomimo wysokich dawek ciepłota podnosi się zaledwie do 38°. Ogólny stan chorych zaczyna się w drugim tygodniu leczenia poprawiać, i poprawa postępuje zadziwiająco szybko. U chorych z gruźlicą krtani gorączka zdaniem F. jest następstwem resorbcyi części rozpadających się w krtani. Na uwagę zasługuje, że podwyższona ciepłota u chorych z gruźlicą płuc lub krtani nie oddziaływa w tak wysokim stopniu na ustrój jak u dotkniętych liszajem.

Z miejscowych objawów w krtani i połyku przede wszystkiem wymienia F. zaczerwienienie i obrzęk, który w krtani u chorych Fränkla nigdy nie dochodził do tego stopnia, aby nastąpiła duszność. Obrzmienie to albo znika bez śladu albo też ustępuje miejsca rozpadowi lub zserowaceniu. Zdarza się, że części krtani lub połyku, które uważano za zdrowe, pod wpływem injekcyi ulegają powyższym zmianom. W każdym razie po pewnym czasie okazują zajęte miejsca tendencyję do wyleczenia.

W gruźlicy płuc obserwował F. zjawiska przez innych opisywane. Zmiana kształtu w prątkach samych, jakkolwiek występuje i bez leczenia środkiem Kocha, ale u leczonych wstrzykiwaniami ilość odsetkowa prątków zmienionych jest większa. Z powodu obecności prątków nie należy plwocin suchotników leczonych zapomocą środka Kocha uważać za istotę obojętną, nie zaraźliwą.

Przypadku gruźlicy wyleczonéj F. jeszcze niema, a jako warunek wyleczenia stawia: 1) zniknięcie prątków w plwocinach i 2) brak reakcyi na silne dawki środka Kocha. (*Deutsche med. Woch.* 1890 Nr. 52 i *Berl. kl. Woch.* 54).

Mosler (Gryfia) radzi wstrzykiwać środek Kocha nie pod skórę, lecz w miąższ płucny, przyczem duże powierz-

chowne jamy gruźlicze należy wprzód otwierać i leczyć chirurgicznie. M. przedstawił na posiedzeniu lekarskiem 30-letniego mężczyznę dotkniętego liszajem twarzy i gruźlicą płuc, u którego miąższowe wstrzykiwania limfy Kocha (od 1 do 10 mg.) do płuc wywołały reakcyję miejscową na liszaju bardzo wyraźną, i pomyślnie oddziaływały na przebieg zmian w płucach. U innej chorej M. otworzył jamę w szczycie prawego płuca położoną i leczy ją następnie wstrzykiwaniami. Chora ta zniosła zabieg bardzo dobrze, stan jej obecnie każe dobrze rokować, wykrztuszanie się zwiększyło. O leczniczéj wartości téj metody zdania pewnego wypowiedzieć jeszcze nie można. (*Wien. klin. Woch.* Nr. 1).

Fürbringer przytacza spostrzeżenia objawów reakcyi zbaczających od powszechnie znanego schematu. I tak zauważał F. znaczne, niemal groźne reakcye po dawce, która przed krótkim czasem u téj saméj osoby słabą tylko reakcyję wywoływało, albo dawka znaczna, któréj trzecia część wystarczała później do sprowadzenia silnej reakcyi, okazywała się czasem za słabą. Okoliczność ta przestrzega nas przed stosowaniem ambulatoryjnem środka Kocha. F. obserwował także przypadek, który na środek Kocha oddziaływał nie gorączką, lecz opadaniem ciepłoty pod normę. W czterech przypadkach autora wartość rozpoznawcza środka Kocha zawiodła Jeden przypadek, w którym zmiany gruźlicze w płucach znikły, kaszel i plwociny ustały, uważa F. za względnie wyleczony, a obok niego stawia F. z 51 chorych leczonych środkiem Kocha 10 z uderzającą poprawą zdrowia, jakiej przedtem nigdybyśmy osiągnąć nie zdołali. F. nie wyklucza chorych z kawernami z leczenia środkiem Kocha, a tylko w przypadkach kacheksyi należy się od injekcyj wstrzymywać. Również i krwioplucie nie jest przeciwwskazaniem, gdyż z 5 przypadków w dwóch pod wpływem środka Kocha krwioplucie się zmniejszało, a w jednym tylko czasowo się zwiększyło. (*Deut. med. Woch.* Nr. 52).

Rosenfeld z Stuttgartu opisuje przypadek gruźlicy płuc, w którym cierpienie oka połączone z krwotokami siatkówki i dotąd nie jasne co do etyjologii okazało się jako gruźlica ciałka rzęskowego, gdyż trzykrotnie po każdej injekcyi wystąpił silny ból w oku chorem. Prócz tego podaje dwa przypadki ukrytéj gruźlicy krtani, w których środek Kocha pod względem rozpoznawczym znakomite oddał mu usługi. (*Deutsche med. Woch.* N. 52).

Podamy jeszcze krótki wynik sekcyj dwóch osób, zmarłych w klinice Leydena podczas leczenia środkiem Kocha, u których zmiany gruźlicze były daleko posunięte. Rozległe jamy i liczne nacieki świeże i ogniska serowate stare zajęły większą część płuc. Jednakże ani w kawernach, ani w ogniskach nie znaleziono zmian, któreby z wszelką pewnością do działania środka Kocha odnieść było można. Uderzającem w obydwóch przypadkach było obustronne krwotoczne zapalenie opłucny z wypociną surowiczo ropną, które w ostatnim okresie życia wystąpić musiały. Wrzody w krtani i tchawicy, których była znaczna ilość, poktryte były tkanką granulacyjną, jak badanie mikroskopowe wykazało, mocno unaczyniona. Podobnie dno i brzegi wrzodów w jelitach okazywały wielką obfitość naczyń. W gruzełkach wątroby nie znaleziono ani komórek olbrzymich, ani prątków gruźliczych, co zdaniem Jürgensa świadczy za tem, że sprawa proliferacyjna była tak silna, że z jednej strony nie mogło przyjść do wytworzenia komórek olbrzymich, a z drugiej już istniejące zamieniły się na drobne komórki. W jednym przypadku otrzewna wątroby okazywała zmiany zapalenia włóknikowego. (*Wiener. klin. Woch.* N. 1). *Dr. Beck.*

VI. W sprawie uregulowania prostytucyi.

Referat przedłożony c. k. Radzie zdrowia

przez

Dra Ż. Krówczyńskiego we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 50).

Wprawdzie i pod względem uwalniania żołnierzy po przebytéj kile formie czyni się zadość, albowiem certyfikat uwalniający od służby zawiera rubrykę *constitutionelle Syphilis*, uwaga jednak tego rodzaju dla wójta nie umiejącego czytać lub nieznającego niemieckiego języka nie na wiele się przydaje. Natomiast o wiele użyteczniejszą byłoby rzeczą pouczenie żołnierzy o zaraźliwości chorób wenerycznych i kiłowych; żądanie to wielokrotnie wypowiedziane, gdyby, co w wojsku jest możliwe, było urzeczywistnione, nie wątpliwie wpłynęłoby na umniejszenie chorób wenerycznych. Rezultatem tych zarządzeń musiałoby być zwiększenie ilości chorych żołnierzy, ale przez doszczętne leczenie chorób poskromiłoby się ich szerzenie. Na lekarzy kasy chorych powinno się nałożyć obowiązek ścisłego przestrzegania stanu zdrowia robotników, pouczenie zaś i leczenie odpowiednie chorób wenerycznych musiałoby wydać dodatni rezultat, albowiem tym sposobem zmiejszonoby ilość chorych w centrach przemysłu i w wielkich miastach, przeto pośrednio korzystnie wpłynęłoby się na uzdrowotnienie całego kraju. Poprzednio wykazano cyframi ubytek prostytutek jawnych i ich emigrowanie i wskazano, że najczęstszą przyczyną bywa choroba, po któréj stwierdzeniu odsyła się je do szpitala; szpital zawsze pozostanie dla prostytutki wstrętną instytucyją, pozbawiającą ją wolności i dlatego starają się one szpital ominąć, a nasze szpitale są dla nich tem wstrętniejsze, że za leczenie ściągają gminy koszta leczenia nawet z najuboższych prostytutek. O ile mi wiadomo, Sejm mając na względzie ułatwienie leczenia, przyjmuje wreszcie koszta leczenia na rachunek kraju, dzieje się to jednak wyjątkowo, podczas gdy leczenie prostytutek jawnych, jakoteż tajnych i wogóle chorych wenerycznych i kiłowych powinno być bezpłatne. Niestety urządzenia oddziałów wenerycznych w obu szpitalach największych, to jest we Lwowie i Krakowie, pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Pomijając wewnętrzne braki wynikające z nieodpowiedniego pomieszczenia, które nie tylko leczenie utrudniają, ale i nie wykluczają możliwości zarażenia się kiłą podczas pobytu w szpitalu dla dotkniętego chorobą weneryczną i odwrotnie, muszę nacisk położyć na tę okoliczność, iż urządzenia szpitali wspomnianych prawie uniemożliwiają pobyt nawet chorym, którzy posiadają najniższy stopień moralności. Dla tego powodu leczy się wiele chorych poza szpitalem i często mimowolnie rozprzestrzeniają chorobę, której okres zaraźliwy przez leczenie w szpitalu i w odpowiednich warunkach nie wątpliwie trwałby znacznie krócéj. Jeszcze gorzéj pod tym względem wyposażone są szpitale prowincyjonalne, którym nie tylko brak odpowiedniego umieszczenia, ale zazwyczaj brak fachowo wykształconego przewodnika, a grasujące około centrów przemysłu choroby weneryczne powinny przekonać o potrzebie zakładania i odpowiedniego uposażenia przedewszystkiem w siły lekarskie oddziałów wenerycznych w szpitalach miast większych Gdyby chorych wenerycznych, przedewszystkiem kiłowych, tak odosobnić można, jak to uczyniono z trądowatymi, ilość chorych kiłowych bardzo prędko zmalałaby; ponieważ to jednak nie jest możliwe, pragną i słusznie powagi lekarskie ile możności leczenia w szpitalach dla tego rodzaju chorych i przemawiają za ułatwieniem leczenia. U nas pod tym względem nic się nie dzieje, przeciwnie staramy się wykazać jak najmniejsze koszta leczenia, a wysyłając za wcześnie leczonych z szpitala, wyrządzamy społeczeństwu niepowetowaną krzywdę. Pozorne ułatwienia dla chorych wogólności, specyalnie dla wenerycznych, tworzą dwie istniejące we Lwowie lecznice. Kto zastanowi się nad tem, z jakiéj klasy ludzi pochodzą pacyjenci lecznic, ten musi przyznać, że cel tych instytucyj co do chorych wenerycznych jest wprost chybiony, bo ani ubóstwo, ani brak oświaty, ani znana lekkomyślność chorych wenerycznych, roznoszących bez opamiętania zarazki chorobliwe, nie wpływają chyba na umniejszenie chorób wenerycznych. Umiałbym z własnego i innych lekarzy doświadczenia przytoczyć przypadki, gdzie stanowczo stwierdzono, że leczony lub leczona w lecznicy stali się przyczyną albo endemii domowéj lub zarazili pojedyncze indywidua; jeśli te zdarzenia nie są głośne, tem tłumaczyć należy, że do choroby wenerycznéj nawet w najniewinniejszy sposób nabytéj niechętnie się przyznajemy. W krajach wysoko pod względem cywilizacyi stojących ułatwiają leczenie nie tylko przez bezpłatne leczenie w szpitalach, ale i przez bezpłatne lecze-

nie w ambulatoryjach szpitalnych, w których równocześnie leki bezpłatnie są wydzielane. Nawet Serbia nas wyprzedziła, w niéj bowiem przepis lekarski z napisem syfilis uprawnia posiadającego przepis do otrzymania leku bezpłatnie z każdéj apteki. Ambulatoryja szpitalne tę mają zaletę, że są prowadzane przez fachowo wykształconych lekarzy i że one mają większą możność internowania tych przypadków, które do ambulatoryjnego leczenia się nie nadają. Wspomniane ambulatoryja umniejszyłyby z jednéj strony liczbę chorych wenerycznych, którzy długo zalegają w szpitalach, chociaż nie są dotknięci chorobą zaraźliwą, z drugiéj strony dałyby one możność lekarzom wykształcenia się w leczeniu chorób wenerycznych i kiłowych, a takich lekarzy jak wiadomo wielki brak daje się uczuwać w naszym kraju, chociaż tenże ich bardzo potrzebuje i najwięcéj ze wszystkich prowincyj austryjackich. Należy się spodziewać, że ambulatoryja korzystnie wpłynęłyby na leczących się, którzy dzisiaj częściowo dla braku dokładnéj informacyi, częściowo opierając się na dziennikarskiéj reklamie, szukają pomocy u tak zwanych specyjalistów, którzy faktycznie dla tego zasługują na tę nazwę, że specyjalnie krzywdę wyrządzają nie tylko stanowi lekarskiemu, ale i społeczeństwu. Tego rodzaju lekarzy zna świat lekarski dokładnie, ale nie posiada niestety sposobu zaradzenia złemu, które rząd mógłby ukrócić, żądając od każdego bezwzględnie specyjalisty wykazania się fachowemi studyjami, uprawniającemi do specyjalizmu w pewnéj gałęzi wiedzy lekarskiéj. Do tego samego celu prowadzić powinna reforma egzaminów medycznych, a lekarze szpitalni oddziałowi w miastach większych, w których osobnych oddziałów dla chorób wenerycznych nie ma, powinni zarówno jak lekarze wojskowi wykazać się znajomościami nauki o chorobach wenerycznych. Wszystkie jednak reformy, jakkolwiek użyteczne, nie wiele uczynią dobrego, dopóki bezkarnie jak dotąd dozwalać będziemy prostytutkom w ogólności, przedewszystkiem jawnym, rozprzestrzeniać kiłę, dając na to prawie sankcyję urzędową. Przypominam tutaj, że kiła należy do chorób tem częściéj recydywujących, im mniéj energicznie ją leczono. Ale nawet najracyjonalniejsze leczenie nie zapobiega recydywom. Zazwyczaj postępujemy jak wiadomo w następujący sposób. Chorą dotkniętą kiłą leczymy w szpitalu, dopóki zmiany widoczne na skórze i błonach śluzowych nie ustąpią: z tą chwilą uwalniamy chorą noszącą jad w sobie, który nawet bez widocznych zmian udzielać się może. Co gorsza lekarz prostytucyjny musi uznać taką prostytutkę jako zupełnie zdrową, chociaż jest przekonany równie jak lekarz szpitalny, że chora taka jest. a właściwie może być ciągłem źródłem kiły. Przypomnijmy, że okres, w którym kiła mimo najracyjonalniejszego leczenia jest zaraźliwą, trwa zazwyczaj trzy lata i przypatrzmy się, ile z tego okresu przebywa prostytutka kiłą dotknięta w szpitalu, a zdziwi nas tylko, że prostytutki jeszcze tak mało zarażają, powinny bowiem zarażać każdego; jeśli nie wszyscy się zarażają, zawdzięczyć mają tylko szczęśliwemu zbiegowi okoliczności. Wobec niezbitego faktu zaraźliwości kiły bez widocznych zmian chorobliwych, słusznem jest żądanie lekarzy, aby takim prostytutkom zabronić oddawania się prostytucyi, a internować je w schroniskach odpowiednich. Dla nieletnich przestępców, dla włóczęgów itd. tworzymy i słusznie schroniska; o ileż one są potrzebniejsze dla tych nieszczęśliwych, które nie tylko same fizycznie cierpią, ale równocześnie muszą z konieczności zdrowiu ogólnemu szkodzić przez udzielanie choroby. Ani bowiem stopień wykształcenia, ani zmiany chorobowe ustroju usposabiające do nierządu, ani wreszcie brak środków do życia nie powstrzyma tych nieszczęśliwych istot od ich sposobu zarobkowania. Ponieważ urządzenie takich asylów natrafiłoby na niepokonane na razie trudności, słusznem i godziwem ze stanowiska lekarskiego i społecznego jest żądanie, aby prostytutki jawne, za które rządowa kontrola odpowiada, rekrutowały się z takich, które kiły nie mogą udzielić, to znaczy, które albo jeszcze zakażeniu nie uległy, albo przebyły okres zaraźliwy, co najczęściéj po trzech latach od chwili zarażenia ma miejsce. Żądamy od nauczycielek, nauczycieli, urzędników itd. świadectw zdrowia, a nie żądamy ich od prostytutek. Jeśliby jawne prostytutki kiły nie udzielały, w takim razie w krótkim czasie uznanoby jawną prostytucyję jako dającą najwięcéj rękojmi, tem samem prostytucyja tajna musiałaby się umniejszyć, a z nią główne zło, jakie ona sprowadza. Dodajmy do tego, że prostytutki, które kiłę przebyły, nieszczęściem pouczone, zazwyczaj są więcéj ochędożne i przezorne, a łatwo sobie wyobrazimy, że tym sposobem najkorzystniéj wpłynęłoby się na umniejszenie chorób wenerycznych w ogólności.

Pokrótce przypomnę, że u nas znów niestety częściéj niż gdzie indziéj karmienie noworodków bywa przyczyną szerzenia się kiły, już to bowiem przez nieświadomość prze szczepiają kiłę mamki, już też rodzice często z wiedzą poruczają chore dzieci zdrowym mamkom. Pod tym więc względem konieczne są przepisy zapobiegające złemu.

Po tem pobieżnem przedstawieniu rzeczy odpowiadając na zapytanie c. k. Namiestnictwa, czy, względnie o ile, zachodzi potrzeba zmiany dotychczasowych rozporządzeń o prostytucyi itd., wyraża c. k. Rada zdrowia przekonanie, że sumienne przestrzeganie przepisów, wydanych w roku 1888, dotyczących miast powyżéj 10.000, nie wątpliwie zapobiegłoby w wielkiéj części szerzeniu się chorób wenerycznych i dla tego wnoszę: c. k. Rada zdrowia uchwali: 1) że ścisłe przestrzeganie tych przepisów jest bezwzględnie wskazane; aby zaś mieć pewność, że one są dokładnie wykonywane, należy żądać najdokładniejszych sprawozdań z czynności biór prostytucyjnych, któreby przedkładano c. k. bióru sanitarnemu W celu zrobienia użytku w przyszłości ze sprawozdań przedkładanych, należy żądać, aby wykazy chorych jednolicie prowadzone uwidoczniały ogólną cyfrę badanych z wyraźnem oznaczeniem ilości badań tajnych prostytutek. Ponieważ uzasadnionem jest przypuszczenie, że bióra prostytucyjne nawet we Lwowie i Krakowie za mało czynią w sprawie poskromienia prostytucyi tajnéj, należy urządzić w obu miastach posiedzenie lwowskiego biórа sanitarnego w policyi, ewentualnie w Krakowie przy udziale fizyka powiatowego, na którem przedkładanoby wykaz czynności, mający być przysłanym c. k. Namiestnictwu.

A ponieważ nie można się spodziewać szybkiego wprowadzenia międzynarodowych przepisów w sprawie zapobiegania chorobom wenerycznym i kiłowym ani zakładania domów prostytucyjnych pod odpowiedzialnością i kontrolą rządową,

2) Należy starać się, aby zakładano domy prostytucyjne prywatne pod odpowiedzialnością utrzymującego dom prostytucyjny.

3) Pozwalając tylko takim kobietom oddawać się jawnéj prostytucyi, które dają rękojmię, że kiły nie udzielą.

4) W tym celu należy ustanowić komisyję z lekarzy złożoną w wielkich miastach, którąby o zdrowiu prostytutek jawnych, mających zamieszkiwać domy prostytucyjne, wyrokowała.

5) Należy zakładać schroniska, w którychby prostytutki w okresie zaraźliwym przytułek znalazły.

6) Ponieważ prostytucyja tajna jest najszkodliwszą, należy wszelkiemi środkami takową zwalczać, a ustanowienie kary dla zarażających ze świadomością jest wskazane.

7) Ponieważ prostytucyi tajnéj oddaje się służba kobieca po kawiarniach, restauracyjach, hotelach i szansonetki, należy żądać od utrzymujących te zakłady, aby utrzymywali służbę nie dotkniętą chorobami wenerycznemi. Od szansonetek należy żądać wiarygodnych świadectw zdrowia, co się tyczy chorób wenerycznych.

8) Należy wszelką opieką otaczać prostytucyję jawną i w tym celu:

9) Należy wszystkie prostytutki jawne bezwględnie leczyć kosztem kraju, a więc bezpłatnie, w szpitalach zaś oddziały weneryczne w ten sposób urządzić, aby one wszelkiéj kategoryi chorym wenerycznym umożliwiały leczenie.

10) Należy żądać, aby ze szpitala ani żołnierzy, ani chore kobiety, ani chorych nie dających rękojmi, że choroby roznosić nie będą, pospiesznie nie wydalano.

11) Należy w większych miastach zakładać osobne oddziały dla chorób wenerycznych i obok wszystkich oddziałów wenerycznych w szpitalach pootwierać ambulatoryja, w którychby bezpłatnie leczono i wydawano na koszt kraju leki chorym do ambulatoryjnego leczenia się kwalifikującym.

12) Należy zabronić leczenia wenerycznych w prywatnych lecznicach.

13) Należy żądać wykazania się specyjalnemi studyjami od specyjalistów do chorób wenerycznych i kiłowych, jakoteż od samoistnych lekarzy oddziałowych w szpitalach prowincyjonalnych.

14) Należy zaprowadzić reformę w egzaminach lekarskich, któraby na każdego lekarza wkładała obowiązek dokładnéj znajomości chorób wenerycznych.

15) Wszystkim lekarzom polecić, aby pouczali swych pacyjentów o zaraźliwości chorób wenerycznych.

16) Należy żądać ścisłego dozoru i badań wszystkich żołnierzy aż do oficera wyłącznie.

17) Tychże pouczać o zaraźliwości chorób wenerycznych i środkach ochronnych.

18) Należy na lekarzy kas chorych włożyć obowiązek zwracania uwagi na wenerycznych chorych.

19) Należy żądać od mamek świadectw zdrowia.

20) Rodziców ze świadomością oddających chore dzieci zdrowym mamkom w drodze sądowéj karać.

Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Z nastaniem więc tegorocznego lata położenie zdrowotne w prowincyjach tureckiego wschodu jest dość groźne. A to tem więcéj, że prócz ponownego ukazania się cholery w Mezopotamii zauważano ją nad morzem Czerwonem w okolicach takich jak Hodejda i lazaret na wyspie Kameran pośród gromady pielgrzymów dążących z Indyj do Mekki.

Poza granicami zaś obszernego państwa, mianowicie w okolicach Kiermanszahu we wsi Kale Darapahan, wybuchła w początkach lipca dżuma, szerzy się tam ze zwykłą sobie endemiczną energiją. Z liczby bowiem 280 mieszkańców dotąd 76 już padło ofiarą strasznéj téj plagi.

Wobec tak niepewnego położenia zdrowotnego, mimowolnie powstaje zapytanie: kiedyż nareszcie przepisy, rady i wskazówki, podawane przez szumne międzynarodowe zjazdy i przyjęte przez ogół higijenistów, znajdą i na tureckim wschodzie choć w części praktyczne zastosowanie? Wprawdzie przeprowadzeniu u nas tych pięknych, a niezaprzeczenie i korzystnych teoryj stają na przeszkodzie bardzo liczne trudności. Gdyby bowiem szło tylko o sanitarne zabezpieczenie wybrzeży morskich i granicznego pasa przedzielającego Turcyję od zadżumionéj Persyi, to środki materyjalne i siły fachowe, jakiemi rozporządza zarząd służby zdrowia, mogłyby ułatwić zadanie. Lecz nie tem da się ograniczyć czujność hygijenisty. Polepszenie warunków zdrowotnych wewnątrz kraju, działanie w ogniskach zakaźnych miejscowych, choć wprawdzie jest na porządku dziennym, to jednak osiągnięcie pożądanego celu, czyni bardzo trudnem. I jakkolwiek tak zarząd centralny służby zdrowia, jak i jego organa rozrzucone po prowincyjach, czynią co jest możebnem, to jednak tylko przez wpływ postępowych dążności europejskich inicyjatorów, przez przymus i niszczenie zakaźnych ognisk, można się spodziewać złagodzenia stopnia okresowego ich nasilenia. Nie mamy też innéj drogi do polepszenia stanu stale fermentujących przesądów niechlujstwa.

Rzut oka na ćwierćwiekową działalność najwyższéj rady zdrowia w Konstantynopolu, od ostatniej epidemii cholery nad Bosforem aż do dzisiaj, wykazuje, że główném zadaniem zarządu była obrona Turcyi od przedostania się chorób zakaźnych, pochodzących z głębokiego wschodu. Dzięki wytrwałym usiłowaniom i poważnemu pośrednictwu tak zwanych delegatów sanitarnych z poselstw uwierzytelnionych przy W. Porcie, cel ten w zasadzie został osiągnięty. W ciągu bowiem tego okresu czasu tak prowincyje Turcyi, jak i wybrzeża azyjatyckie morza Śródziemnego były wolne od cholery i dżumy — pomimo kilkorazowego ich wybuchu w krajach pogranicznych. Byłoby jednak przesadą, gdybyśmy przypisali trwanie tego szczególnie sprzyjającego stanu zdrowotnego pośród mieszkańców tureckiego wschodu li tylko zastosowaniu postępowéj hygijeny lub energicznemu rozwinięciu środków policyi sanitarnéj. Byliśmy bowiem i jeszcze jesteśmy bardzo dalecy od spotkania się w praktyce czuwania nad ogólną zdrowotnością z postępem i ulepszeniem, jakie widzimy zastosowane gdzieindziéj. Naśladując przykłady w teoryi, chwytamy wprawdzie każdy prąd, przyswajamy sobie każde ulepszenie, mogące przyspieszyć ruch całéj naszéj korporacyi sanitarnéj. Wirują więc kółka składające machinę administracyjną. Lecz pomimo jéj ruchu i dostatecznego zawsze motoru przeszkody, jakie się spotyka, niełatwo dają się usunąć. Ztąd więc ścisłemu zastosowaniu regulaminów sanitarnych można przypisać tylko częściowy, może nawet drugorzędny wpływ na kwestyję ochrony zdrowia publicznego w Turcyi, tak że za podstawę trwania pomyślnego stanu zdrowotnego w kraju w ciągu kilkunastu lat, niezachwianego wybuchem téj lub owéj morderczéj zarazy, można przyjąć li tylko szczególne warunki klimato-teluryczne obok przypuszczalnéj niepodatności pewnych warstw gleby i wód gruntowych, nieodpowiednich do hodowli patologicznych zarazków. Fakta poczerpnięte ze studyjów epidemijolicznych ostatniego dziesiątka lat pozwalają na wypowiedzenie powyższego zdania. Wszakże uważając je za nieco śmiałe niewątpię jednak, że przez tak długi wypoczynek i nasz ustrój zdrowotny nieco pierwéj lub późniéj także ulegnie zmianie, któréj horoskop z góry daje się ująć w żałobne tylko ramki.

Broniąc więc od zadżumienia stolicę kraju i bliższe jéj prowincyje zarząd służby zdrowia i dodani mu międzynarodowi delegaci mają dziś do spełnienia i inne jeszcze zadanie, mianowicie postawienie zapory przeciwko epidemii grożącéj z zachodu. Natychmiast więc po zapewnieniu się o wybuchu cholery w Puebla de Rugat i rozwleczeniu się jéj w prowincyi Walencyi, zadecydowano poddawać zrazu 5-cio a następnie 10-cio dniowéj obserwacyi lekarskiéj wszystko pochodzące z Hiszpanii kierując podróżnych i towary do lazaretów Klazymene (w pobliżu Smirny), Beyrutu i Tripoli w Afryce. W obec zaś faktu, że zaraza szerząca się w Mezopotamii w pewnych przystaniach nad morzem Czerwonem i w Hiszpanii z trzech stron zagraża półwyspowi bałkańskiemu, uważam za stosowne omówić środki, jakiemi rozporządzamy i ocenić sam sposób ich zastosowania.

Wiadomo z jak rozsądną energiją zarząd służby zdrowia we Francyi traktuje przybywających z Hiszpanii. W posterunkach lądowych mających znaczny transit a zatem w Hendaye i Cerberes, nie ograniczono się do odwietrzania za pomocą pary wodnéj, ale podróżni po przepędzeniu na posterunku liczby dni oznaczonych dla obserwacyi lekarskiéj przy opuszczeniu stacyj otrzymują tak zwane karty drożne sanitarne a zarząd gminny miejscowości, do któréj wraca podróżny, depeszą bywa zawiadamiany o jego powrocie tak, że z chwilą przybycia do miejsca oznaczonego w karcie drożnéj, znowu przyjeżdżający bywa poddawany badaniu i dopiero po zapewnieniu się o dobrym stanie jego zdrowia otrzymuje pozwolenie powrotu do zwykłych stosunków. Każdy zaś przedstawiający objawy chorobowe ze strony narządu trawienia, jest zatrzymywanym i leczonym na posterunku pogranicznym. W ten sposób, gdyby w chwili powrotu do wskazanéj miejscowości, przybyły uległ cholerze, to natychmiast można go odłączyć i zapobiedz tworzeniu się ognisk zakaźnych.

Szczególnie starannemu odwietrzaniu podaje się towary i rzeczy należące do podróżnych. Brudna np. bielizna stanowczéj ulega konfiskacie i téj nie zwracają właścicielowi, dopiero po oczyszczeniu w odpowiednich przyrządach desinfekcyjnych. Spodziewać się téż wypada, że usiłowania fran-

cuzkiéj służby zdrowia i w tym roku zostaną uwieńczone pożądanym skutkiem. Nawet Anglicy i Amerykanie przeciwni stosowaniu ostrożności sanitarnych od strony morza, z zasady niekrępowania w niczem stosunków handlowych, godzą się dziś z koniecznością stawiania wszelkich możebnych zapor, aby przeszkodzić przedostaniu się do ich posiadłości egzotycznych chorób zakaźnych. Z całém uznaniem winniśmy zanotować i usiłowania rządu włoskiego, którego dyrektor służby zdrowia przy ministerstwie spraw wewnętrznych, wysłał notę do państw, których delegaci brali udział w zjeździe hygienicznym w Rzymie, zapraszając do przedsięwzięcia międzynarodowych ostrożności sanitarnych. Grecyja i Rumunija działają również usilnie w kierunku zabezpieczenia swych posiadłości od zakaźnych napływów. Ba, nawet mała Bułgaryja dla okazania pieczołowitości nad stanem zdrowia swych mieszkańców, choć tylko na piśmie, lecz także inauguruje u siebie erę środków ochronnych.

Ze wszystkich zaś najbardziéj zagrożona Turcyja, wierna tradycyjnéj rutynie a może też i przez uległość zasadom oszczędności, wyznawanym przez pewną liczbę członków rady zdrowia, trwa stale przy dawnym kwarantanowym systemie! W lazaretach więc Smirny, Beyrutu i Tripoli, do których mają się skierowywać okręty przybywające z Hiszpanii lub morza Czerwonego, posiadamy wszystko, czem wpierwéj traktowano zakażonych i podejrzane towary. Brakuje tam tylko przyrządów do odwietrzania, uważanych prawdzie za niezbędne lecz dotąd jeszcze nieustalonych. Fakt to prawdziwie zdumiewający, że zarząd służby zdrowia w Turcyi, rozporządzający milionami franków, dotąd nie poświęcił choćby odsetek tylko na zadość uczynienie wymaganiom postępów hygienicznych w punktach, mianowicie przeznaczonych do przyjmowania i traktowania przybywających z zakażonych miejscowości. Sądząc jednak o stanie rzeczy podług dzisiejszych usposobień naszych tu kierowników wolno jest przypuścić, że chyba nasi następcy spotkają się z istotnym postępem. I wtedy to dopiero klasyczną mięszaninę z azotanu potasu, siarki i otrębów zastąpi para wodna, i do obmywań zamiast słabych roztworów kwasu karbolowego, będzie używany potężniejszy dwu-chlorek rtęci, nieporównanie lepsze dający rezultaty.

Zabezpieczenie miejsc świętych Islamu od zawleczenia cholery przez pielgrzymów mahometan z Indyj i czuwanie nad stanem zdrowotnym całego wschodniego wybrzeża morza Czerwonego, zdecydowało radę zdrowia międzynarodową, a z nią i rząd turecki do zarządzenia szczególnych środków ostrożności sanitarnych w punkcie do tego najstósowniejszym. W wyborze zaś podobnego punktu wypadało uwzględnić tę stwierdzoną doświadczeniem okoliczność, że wybuchy cholery nad wybrzeżami morza Czerwonego następowały zawsze po przybyciu pielgrzymów z głębokiego wschodu, udających się do Mekki. Otóż w celu wynalezienia takiéj miejscowości, któraby była posterunkiem sanitarnym pośrednim między cieśniną Bab-el-Mandeb i przystanią Dżedda, w któréj zwykli wyładowywać pielgrzymi, wysłano w roku 1881-szym wyłączną komisyję. Ta ostatnia złożona z lekarzy i inżynierów-budowniczych dość szybko wywiązała się ze swego zadania. Przyjąwszy za zasadę niedopuszczanie pielgrzymów do lądu i uwzględniając, że rząd egipski dla pielgrzymów z własnych posiadłości naznaczył stacyę obserwacyjną w El-Thor (u podnóży Synaju), komisyja turecka posunęła się daléj na południe i za istotne „sanatoryjum dla przybyszów z dalekiego wschodu wybrała wyspę Kameran.

Zarysowująca się jako znaczny wulkaniczny odłam, w drobnym archipelagu położonym pod 40° sz. p. i 13° dł. połud wyspa Kameran dotąd była niezamieszkałą. I tylko jako odległa od Lohaja i Hodejdy o sześć godzin drogi łodzią w porze wiosennéj bywała odwiedzaną przez rybaków. Jako zupełnie samotna i oddalona od Bab-el-Mandeb o jeden dzień drogi parostatkiem, posiadała więc wymagane warunki do przeobrażenia jéj w prawdziwą międzynarodową wedetę sanitarną.

Z powrotem więc komisyi do stolicy i po przyjęciu złożonego przez nią sprawozdania, tak rząd jak i zarząd służby zdrowia nie szczędziły kosztów i usiłowań do ustalenia na Kameranie odpowiedniego lazaretu. Przy energicznem zajęciu się w ciągu niespełna jednego roku zbudowano porządny dom dla urzędu sanitarnego, pawilon dla lekarzy i strażników, lazaret, małe koszary dla oddziału wojskowego, magazyny i wykopano parę artezyjskich studzien. Wodę znaleźliśmy znośną, więc największa trudność została usuniętą. Dla ułatwienia zaś obserwacyj lekarskich wysepka została podzieloną na pięć sekcyj, z których każda posiada t. zwane „Ariches“ t. j. szopy zbudowane z trzciny, okryte rogóżkami, obszerne, przewiewne, przeznaczone na czasowe mieszkanie podróżnych podlegających kwarantanie. Przy każdéj sekcyi zbudowano pomost, rodzaj małéj przystani dla ułatwienia wyładowywań podróżnym, w razie zawinięcia tu kilku naraz przewozowych parostatków. W celu zaś najściśléjszych obserwacyj sanitarnych każda z sekcyj jest powierzona jednemu lekarzowi, z dodatkiem strażników cywilnych i oddziału wojskowego. Cały zaś kierunek służby pozostaje w ręku inspektora, zwykle doświadczonego już lekarza. W ten sposób wyspa, co dotąd była zaledwie znaną żeglarzom, przez ustalenie na niéj posterunku sanitarnego, nagle zwróciła na się uwagę całego świata. Od roku też 1882 stała się głównym punktem obserwacyj sanitarnych, ku któremu zwracać się muszą wszystkie parostatki i żaglowce przebywające cieśninę Bab-el-Mandeb, przed wyładowaniem przewożonych pielgrzymów w Dżedda lub Jambo.

Do nadania jednak istotnéj wartości czynnościom służby zdrowia na wyspie Kameran nie mogły wystarczyć wyżéj zacytowane urządzenia. Potrzeba jeszcze było zredagować odpowiedni regulamin. Zajęła się tem oddzielna komisyja pod przewodnictwem Dra Stekulisa, delegata ze strony poselstwa holenderskiego do międzynarodowéj rady zdrowia. Dokument ten obejmujący przepisy i instrukcyje do zastosowania w obec parostatków i żaglowców przewożących pielgrzymów, jako cechujący wschodnie stosunki zdrowotne i stanowiący część środków międzynarodowéj policyi sanitarnéj, podaję tu w streszczeniu.

1) Poczynając od 20 Lutego do 16 Sierpnia corocznie, zakład zdrowotny w Kameranie jest czynnym w celu poddawania parostatków, żaglowców i pielgrzymów obserwacyjom lekarskim (kwarantanie).

2) W ciągu sześciu miesięcy wszystkie okręty służące do przewozu pielgrzymów pochodzących z tamtéj strony cieśniny Bab el-Mandeb są obowiązane zwracać się bezpośrednio do Kameranu, nie zawijając do żadnych innych przystani morza Czerwonego

3) Okrętami „pielgrzymskiemi“ zowią się te, które wyłącznie są wynajęte do przewozu podróżnych udających się do Mekki.

4) Do téj liczby nie należą okręty, mające po jednym pielgrzymie na każde sto tonn rejestrem oznaczonego ładunku.

5) Parostatki i żaglowce, na których liczba pielgrzymów nie przechodzi pięciu na każde sto tonn ładunku, mogą zawijać do przystani Abou-Saad (w pobliżu Dżeddy), gdzie są obowiązane wyładować tak podróżnych udających się do Mekki, jak i towary. W tym celu na wysepce Abou-Saad ustalono zawsze czynny urząd sanitarny.

6) Prócz tego do Abou-Saad są obowiązane zawijać wszystkie okręty żeglujące między rozmaitemi przystaniami morza Czerwonego.

7) Wszyscy pielgrzymi udający się do Mekki drogą pośrednią przez Suez, przybywając do Dżeddy podlegają rewizyi lekarskiej. Mogący udowodnić, że pochodzą z tamtéj strony kanału Suezkiego i że w przeciągu przynajmniéj 10 dni pozostawali w dobrym stanie zdrowia w Egipcie, nie podlegają żadnym ostrożnościom.

8) Komendanci okrętów są obowiązani zastosowywać się ściśle do przepisów dotyczących pomiaru przestrzeni, przeznaczonéj na pomieszczenie przewożonych pielgrzymów.

9) Z przybyciem do Kameranu pielgrzymi podlegają ściśléj rewizyi lekarskiéj. Jeżeli warunki higieniczne okrętu są dobre i jeżeli w ciągu odbytéj podróży nie zaszedł żaden wypadek chorobowy, wtedy okręt i podróżni podlegają 5-dniowéj kwarantanie. Rzeczy należące do podróżnych są przewietrzane, okręt myty i oczyszczony. Towar tylko pozostawia się nietkniętym.

10) Okręty z pielgrzymami pochodzące z miejsc, gdzie panuje cholera, choćby w czasie trwania podróży nie miały na pokładzie przypadku cholerycznego, podlegają 10-dniowéj kwarantanie. Towary jednak pozostają na okręcie z wyjątkiem zużytych tkanin, niemytéj wełny, sierści, piór, skór i resztek zwierzęcych nie obrobionych.

11) Okręty, na pokładzie których miał miejsce przypadek cholery w ciągu podróży, podlegają razem z pielgrzymami co najmniéj 15-dniowéj obserwacyi lekarskiéj. Ta ostatnia jest odnawianą każdą razą, gdy się powtórzy przypadek cholery pośród podróżnych lub pośród załogi okrętowéj.

12) Żaden okręt nie może opuścić Kameranu nie zabrawszy wszystkich podróżnych, których tu pozostawił.

13) Żaglowce z pielgrzymami pochodzące z Bassory, Buszyru, Maskatu i Zanzibaru są również obowiązane zawijać do Kameranu. Podlegają jednak daleko łagodniejszéj obserwacyi lekarskiéj.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8-go stycznia. Skład komisyi redakcyjnéj „Przeglądu Lek.“ w roku bieżącym jest następujący: Przewodniczący redaktor, prof. Gluziński jako prezes Tow. lek. krak., docent Panikło jako wiceprezes, docent Zarewicz jako podskarbi Tow., delegaci Tow. lek. krak. proff. Cybulski, Mars, Obaliński, Oettinger; delegaci Tow. lekarzy galicyjskich proff. Madurowicz, Rydel; członkowie przybrani: prof. Domański, Kwaśnicki, Murdzieński, prof. Pieniążek i Dr. Schaitter jako sekretarz.

* Prof. Mars, dotychczasowy prezes Tow. lek. krak., wyjechał wczoraj do Warszawy na pogrzeb śp. prof. Szokalskiego.

* Doszedł nas właśnie Rocznik lekarski na rok 1891, wydany przez Dra G. Fritschego, redaktora „Medycyny“ w Warszawie. Jestto rok XII tego wydawnictwa, a posiada on te same zalety co roczniki poprzednie. Oprócz części kalendarzowéj i dokładnego spisu lekarzy praktykujących w Król. Polskiem rocznik niniejszy zawiera także spis lekarzy polskich praktykujących w Paryżu razem z ich adresami; jest ich 31 a pomiędzy niemi 1 kobieta (p. Bertillon-Schultze). Reszta obfitéj treści w zupełności odpowiada potrzebie lekarza praktykującego.

* Z d. 1 stycznia obowiązywać zaczyna nowa taksa leków w dodatku do farmakopei austryjackiéj z r. 1889.

* Zjazd X dla medycyny wewnętrznéj odbędzie się w Wiesbadenie od 6—9 kwietnia r. b. pod przewodnictwem Leydena.

* W tygodniu 51 (21—27 grudnia) było w Krakowie małżeństw 3, urodzin 59, skonów 38 (25·87); z tych było: z gruźlicy 6, z zapalenia płuc 4, z dławca i duru brzusznego po 3.

* W Petersburgu odbyła się d. 20 grudnia piękna uroczystość otwarcia zakładu medycyny doświadczalnéj, wzniesionego przez ks Aleksandra Oldenburgskiego kosztem 200.000 rubli. Na uroczystości obecni byli prócz książąt krwi reprezentanci trzech mocarzów nauki, a mianowicie Chamberlain w zastępstwie Pasteura, Watson Cheyne w zastępstwie Listera i Pfuhl zięć Kocha.

* Na fundusz wdów i sierót po lekarzach złożył prof. Obaliński złr. 2.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł tajny radzca Dr. Ludwik Mayer, docent ginekologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Fabiana i Nenckiego: Kilka słów o enzymach; Warmana: O użyciu motylfijoletu w chorobach kobiecych; w Nro 1: Gajkiewicza: O obrzęku pochodzenia histerycznego; Seemanna: Płyn Kocha w chorobach chirurgicznych. — W *Medycynie* Nr. 1: Zawiszy: Kilka uwag z powodu spostrzeganych 3 przyp. tak zw. wodnéj puchliny nerek przepuszczającéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. TALKO (w Jarosławiu n/W): Dwustoronniaja koloboma sosudistoi oboloczki pri cielosti iridis (odczyt miany na X. międzynarodowym Zjeździe w Berlinie) (odbitka z *Wiestnika Oftalmol.* 1890, listopad) in 8-vo, str. 3. — PENTZOLDT: Farmakologia tłum. Fabiaba w Warszawie. — Dr. Jan SĘDZIAK: Leczenie przerostu migdałków (odbitka z *Kron. Lek.*) Warszawa, 1890, in 8-vo str. 32. — Tenże: Kwas trójchlorooctowy w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890), in 8-vo str. 10 — Dr. A. JAWOROWSKI: O zastosowaniu elektryczności w ginekologii (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8-vo str 8.

Sprostowanie. Na str. 674, szpalcie 2-giéj, w. 26 od góry zamiast z kiszki, powinno być: „z kreski wycięto“

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 14-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w sali kliniki lekarskiéj posiedzenie sprawozdawcze.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego krak.** odbędzie się dnia 13-go stycznia b. r. w pracowni prof. Marsa o godzinie 6-téj wieczorem. Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie roczne sekretarza naukowego i podskarbiego. 2) Wybór wydziału. 3) Mianowanie członków korespondentów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.